보험약관

한화생명 e건강보험
무배당

보험약관 가이드북

한화생명
e건강보험
무배당
주계약 약관

특약(특별약관)

부록

한화생명

약관 목차

보험약관 가이드북		25
Ⅰ. 약관 이용 안내		26
Ⅱ. 약관 요약서		31
Ⅲ. 보험계약 일반사항		42
[주계약 약관] 제 1 절 공통사항		48
제 1 관 목적 및 용어의 정의	제 1-1 조 목적 및 구성	48
	제 1-2 조 용어의 정의	48
제 2 관 보험금의 지급	제 1-3 조 보험금 지급사유의 발생통지	49
	제 1-4 조 보험금 등의 청구	49
	제 1-5 조 주소변경통지	49
	제 1-6 조 대표자의 지정	49
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 1-7 조 계약 전 알릴 의무	50
	제 1-8 조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과	50
	제 1-9 조 사기에 의한 계약	51
제 4 관 보험계약의 성립과 유지	제 1-10 조 보험계약의 성립	51
	제 1-11 조 청약의 철회	52
	제 1-12 조 약관교부 및 설명의무 등	52
	제 1-13 조 계약의 무효	53
	제 1-14 조 계약내용의 변경 등	53
	제 1-15 조 보험나이	54
제 5 관 보험료의 납입	제 1-16 조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시	54
	제 1-17 조 제2회 이후 보험료의 납입	54
	제 1-18 조 보험료의 자동대출납입	55
	제 1-19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지	55
	제 1-20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)	56
	제 1-21 조 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)	56

제 6 관 계약의 해지 및 해약 환급금 등	제 1-22 조 위법계약의 해지	57
	제 1-23 조 중대사유로 인한 해지	57
	제 1-24 조 회사의 파산선고와 해지	57
	제 1-25 조 보험계약대출	57
	제 1-26 조 배당금의 지급	58
제 7 관 분쟁의 조정 등	제 1-27 조 분쟁의 조정	58
	제 1-28 조 관할법원	58
	제 1-29 조 소멸시효	58
	제 1-30 조 약관의 해석	58
	제 1-31 조 설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력	58
	제 1-32 조 회사의 손해배상책임	59
	제 1-33 조 개인정보보호	59
	제 1-34 조 준거법	59
	제 1-35 조 예금보험에 의한 지급보장	59
별표	【 별표 1-1 】재해분류표	60
	【 별표 1-2 】장해분류표	61
e급성심근경색증진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		62
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	62
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	62
	제 2-2 조의 2 '급성심근경색증'의 정의 및 진단 확정	62
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	63
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	63
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	63
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	63
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	64
	제 2-8 조 사고증명서	64
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	64
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	65

제 3 관 계약의 성립과 유지 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	65
	제 2-12 조 계약의 소멸	65
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	65
	제 2-14 조 해약환급금	66
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	66
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	67
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	68
	【 별표 2-3 】급성심근경색증 분류표	69
e뇌심혈관입원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		70
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	70
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	70
	제 2-2 조의 2 '뇌심혈관질환'의 정의 및 진단 확정	70
	제 2-2 조의 3 입원의 정의와 장소	71
	제 2-2 조의 4 종합병원의 정의	71
	제 2-2 조의 5 상급종합병원의 정의	71
	제 2-2 조의 6 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경	71
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	72
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	73
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	73
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	75
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	76
	제 2-8 조 사고증명서	76
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	76
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	77
제 3 관 계약의 성립과 유지 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	77
	제 2-12 조 계약의 소멸	77

제 4 관 계약의 해지 및 해약 환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	78
	제 2-14 조 해약환급금	78
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	78
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	79
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	80
	【 별표 2-3 】특정순환계질환 분류표	81
e뇌출혈 및 뇌경색증진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		82
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	82
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	82
	제 2-2 조의 2 '뇌출혈 및 뇌경색증'의 정의 및 진단 확정	82
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	82
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	83
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	83
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	83
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	84
	제 2-8 조 사고증명서	84
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	84
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	85
제 3 관 계약의 성립과 유지 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	85
	제 2-12 조 계약의 소멸	85
제 4 관 계약의 해지 및 해약 환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	85
	제 2-14 조 해약환급금	86
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	86
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	87
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	88

	【 별표 2-3 】뇌출혈 및 뇌경색증 분류표	89
e뇌출혈진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		90
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	90
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	90
	제 2-2 조의 2 '뇌출혈'의 정의 및 진단 확정	90
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	90
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	91
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	91
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	91
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	92
	제 2-8 조 사고증명서	92
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	92
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	93
제 3 관 계약의 성립과 유지 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	93
	제 2-12 조 계약의 소멸	93
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	93
	제 2-14 조 해약환급금	94
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	94
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	95
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	96
	【 별표 2-3 】뇌출혈 분류표	97
e뇌혈관질환수술보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		98
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	98

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	98
	제 2-2 조의 2 '뇌혈관질환'의 정의 및 진단 확정	98
	제 2-2 조의 3 수술의 정의와 장소	99
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	99
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	99
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	99
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	100
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	100
	제 2-8 조 사고증명서	101
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	101
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	101
제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	102
	제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항	102
	제 2-12 조 계약의 소멸	102
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	102
	제 2-14 조 해약환급금	102
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	103
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	104
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	105
	【 별표 2-3 】뇌혈관질환 분류표	106
	【 별표 2-4 】수술분류표	107
e뇌혈관질환진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		113
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	113
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	113
	제 2-2 조의 2 '뇌혈관질환'의 정의 및 진단 확정	113
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	114
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	114
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	114

	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	114
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	115
	제 2-8 조 사고증명서	115
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	115
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	116
제 3 관 계약의 성립과 유지 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	116
	제 2-12 조 계약의 소멸	116
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	116
	제 2-14 조 해약환급금	117
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	117
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	118
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	119
	【 별표 2-3 】뇌혈관질환 분류표	120
e뇌혈관질환통원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		121
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	121
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	121
	제 2-2 조의 2 '뇌혈관질환'의 정의 및 진단 확정	121
	제 2-2 조의 3 '통원'의 정의와 장소	122
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	122
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	122
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	122
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	122
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	123
	제 2-8 조 사고증명서	123
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	123
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	124

제 3 관 계약의 성립과 유지 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	124
	제 2-12 조 계약의 소멸	124
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	125
	제 2-14 조 해약환급금	125
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	125
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	126
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	127
	【 별표 2-3 】뇌혈관질환 분류표	128
e상급종합병원 암직접치료통원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		129
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	129
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	129
	제 2-2 조의 2 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단확정	129
	제 2-2 조의 3 기타피부암의 정의 및 진단확정	130
	제 2-2 조의 4 대장점막내암의 정의 및 진단확정	131
	제 2-2 조의 5 제자리암의 정의 및 진단확정	131
	제 2-2 조의 6 경계성종양의 정의 및 진단확정	131
	제 2-2 조의 7 통원의 정의와 장소	132
	제 2-2 조의 8 상급종합병원의 정의	132
	제 2-2 조의 9 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료'의 정의	132
	제 2-2 조의 10 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경	133
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	134
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	134
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	134
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	134
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	135
	제 2-8 조 사고증명서	135
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	135
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	136

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	136
	제 2-11 조의 2 “계약의 무효”에 대한 특칙	136
	제 2-12 조 계약의 소멸	137
	제 2-12 조의 2 “제1회 보험료 및 회사의 보장개시”에 대한 특칙	137
	제 2-12 조의 3 “보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙	137
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	137
	제 2-14 조 해약환급금	137
	제 2-14 조의 2 ‘해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)’의 해약환급금 지급에 관한 사항	137
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	139
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	140
	【 별표 2-3 】대상이 되는 악성 신생물 분류표	141
	【 별표 2-4 】제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)	142
	【 별표 2-5 】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	142
e심장질환수술보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		143
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	143
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	143
	제 2-2 조의 2 ‘심장질환’의 정의 및 진단 확정	143
	제 2-2 조의 3 수술의 정의와 장소	144
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	144
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	144
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	144
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	145
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	145
	제 2-8 조 사고증명서	146
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	146
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	146

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	147
	제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항	147
	제 2-12 조 계약의 소멸	147
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	147
	제 2-14 조 해약환급금	147
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	148
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	149
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	150
	【 별표 2-3 】심장질환 분류표	151
	【 별표 2-4 】수술분류표	152
e암다빈치로봇수술보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		158
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	158
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	158
	제 2-2 조의 2 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'의 정의 및 진단 확정	158
	제 2-2 조의 3 '갑상선암'의 정의 및 진단 확정	159
	제 2-2 조의 4 '전립선암'의 정의 및 진단 확정	160
	제 2-2 조의 5 수술의 정의와 장소	160
	제 2-2 조의 6 '다빈치로봇 수술'의 정의	161
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	161
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	161
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	162
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	162
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	162
	제 2-8 조 사고증명서	163
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	163
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	164
제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	164
	제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항	164

	제 2-11 조의 3 “계약의 무효”에 대한 특칙	164
	제 2-12 조 계약의 소멸	164
	제 2-12 조의 2 “제1회 보험료 및 회사의 보장개시”에 대한 특칙	165
	제 2-12 조의 3 “보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙	165
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	165
	제 2-14 조 해약환급금	165
	제 2-14 조의 2 ‘해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)’의 해약환급금 지급에 관한 사항	165
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	167
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	168
	【 별표 2-3 】대상이 되는 악성 신생물 분류표	169
e암수술보장보험 II (비갱신형) 무배당 주계약 약관		170
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	170
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	170
	제 2-2 조의 2 ‘암(기타피부암, 대장점막내암 제외)’의 정의 및 진단 확정	170
	제 2-2 조의 3 '기타피부암'의 정의 및 진단 확정	171
	제 2-2 조의 4 '대장점막내암'의 정의 및 진단 확정	172
	제 2-2 조의 5 '제자리암'의 정의 및 진단 확정	172
	제 2-2 조의 6 '경계성종양'의 정의 및 진단 확정	172
	제 2-2 조의 7 수술의 정의와 장소	173
	제 2-2 조의 8 ‘조혈모세포이식수술’의 정의	173
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	174
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	174
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	174
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	174
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	175
	제 2-8 조 사고증명서	175
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	175
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	176

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	176
	제 2-11 조의 2 “계약의 무효”에 대한 특칙	176
	제 2-12 조 계약의 소멸	176
	제 2-12 조의 2 “제1회 보험료 및 회사의 보장개시”에 대한 특칙	177
	제 2-12 조의 3 “보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙	177
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	177
	제 2-14 조 해약환급금	177
	제 2-14 조의 2 ‘해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)’의 해약환급금 지급에 관한 사항	177
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	179
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	180
	【 별표 2-3 】대상이 되는 악성 신생물 분류표	181
	【 별표 2-4 】제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)	182
	【 별표 2-5 】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	182
	【 별표 2-6 】수술분류표	183
e암주요치료보장보험[암(기타피부암·갑상선암 제외)](연1회)(비갱신형) 무배당 주계약 약관		189
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	189
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	189
	제 2-2 조의 2 ‘암(기타피부암 및 갑상선암 제외)’ 등의 정의 및 진단 확정	189
	제 2-2 조의 3 ‘암 수술’의 정의와 장소	190
	제 2-2 조의 4 ‘항암약물치료’의 정의	190
	제 2-2 조의 5 ‘항암방사선치료’의 정의	191
	제 2-2 조의 6 ‘암 주요치료’의 정의	191
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	191
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	192
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	192
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	193
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	194
	제 2-8 조 사고증명서	194

	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	194
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	195
제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	195
	제 2-11 조의 2 “계약의 무효”에 대한 특칙	195
	제 2-12 조 계약의 소멸	195
	제 2-12 조의 2 “제1회 보험료 및 회사의 보장개시”에 대한 특칙	195
	제 2-12 조의 3 “보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙	196
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	196
	제 2-14 조 해약환급금	196
	제 2-14 조의 2 ‘해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)’의 해약환급금 지급에 관한 사항	196
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	198
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	199
	【 별표 2-3 】대상이 되는 악성 신생물 분류표	200
e암직접치료통원보장보험 II (비갱신형) 무배당 주계약 약관		201
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	201
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	201
	제 2-2 조의 2 ‘암(기타피부암, 대장점막내암 제외)’의 정의 및 진단 확정	201
	제 2-2 조의 3 기타피부암의 정의 및 진단 확정	202
	제 2-2 조의 4 대장점막내암의 정의 및 진단 확정	203
	제 2-2 조의 5 제자리암의 정의 및 진단 확정	203
	제 2-2 조의 6 경계성종양의 정의 및 진단 확정	203
	제 2-2 조의 7 통원의 정의와 장소	204
	제 2-2 조의 8 ‘암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료’의 정의	204
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	204
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	205
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	205

	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	205
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	206
	제 2-8 조 사고증명서	206
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	206
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	207
제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	207
	제 2-12 조 계약의 소멸	207
	제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙	207
	제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙	207
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	208
	제 2-14 조 해약환급금	208
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	208
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	209
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	210
	【 별표 2-3 】대상이 되는 악성 신생물 분류표	211
	【 별표 2-4 】제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)	212
	【 별표 2-5 】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	212
e암진단보장보험 II (비갱신형) 무배당 주계약 약관		213
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	213
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	213
	제 2-2 조의 2 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정	213
	제 2-2 조의 3 '소액암'의 정의 및 진단 확정	214
	제 2-2 조의 4 기타피부암의 정의 및 진단 확정	215
	제 2-2 조의 5 중증이외의 갑상선암의 정의 및 진단 확정	216
	제 2-2 조의 6 대장점막내암의 정의 및 진단 확정	216
	제 2-2 조의 7 제자리암의 정의 및 진단 확정	217

	제 2-2 조의 8 경계성종양의 정의 및 진단 확정	217
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	217
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	218
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	218
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	218
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	219
	제 2-8 조 사고증명서	219
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	219
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	220
제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	220
	제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항	220
	제 2-11 조의 3 “계약의 무효”에 대한 특칙	220
	제 2-12 조 계약의 소멸	221
	제 2-12 조의 2 “제1회 보험료 및 회사의 보장개시”에 대한 특칙	221
	제 2-12 조의 3 “보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙	221
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	221
	제 2-14 조 해약환급금	222
	제 2-14 조의 2 ‘해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)’의 해약환급금 지급에 관한 사항	222
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	223
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	225
	【 별표 2-3 】대상이 되는 악성 신생물 분류표	226
	【 별표 2-4 】 직·결장암 분류표	227
	【 별표 2-5 】여성생식기암 분류표	228
	【 별표 2-6 】제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)	229
	【 별표 2-7 】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	229
e종합병원 암직접치료통원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		230
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	230

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	230
	제 2-2 조의 2 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단확정	230
	제 2-2 조의 3 '기타피부암'의 정의 및 진단확정	231
	제 2-2 조의 4 '대장점막내암'의 정의 및 진단확정	232
	제 2-2 조의 5 '제자리암'의 정의 및 진단확정	232
	제 2-2 조의 6 '경계성종양'의 정의 및 진단확정	232
	제 2-2 조의 7 통원의 정의와 장소	233
	제 2-2 조의 8 종합병원의 정의	233
	제 2-2 조의 9 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료'의 정의	233
	제 2-2 조의 10 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경	234
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	234
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	235
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	235
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	235
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	236
	제 2-8 조 사고증명서	236
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	236
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	237
제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	237
	제 2-11 조의 2 "계약의 무효"에 대한 특칙	237
	제 2-12 조 계약의 소멸	237
	제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙	238
	제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙	238
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	238
	제 2-14 조 해약환급금	238
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	238
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	240
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	241
	【 별표 2-3 】대상이 되는 악성 신생물 분류표	242
	【 별표 2-4 】제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)	243

	【 별표 2-5 】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	243
e통합암보장보험[전이포함, 일반암](비갱신형) 무배당 주계약 약관		244
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	244
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	244
	제 2-2 조의 2 '통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정	244
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	246
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	246
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	247
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	247
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	248
	제 2-8 조 사고증명서	248
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	248
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	249
제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	249
	제 2-11 조의 2 "계약의 무효"에 대한 특칙	249
	제 2-11 조의 3 세부보장의 운영에 관한 사항	249
	제 2-12 조 계약의 소멸	249
	제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙	250
	제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙	250
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	250
	제 2-14 조 해약환급금	250
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	250
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	252
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	256
	【 별표 2-3 】통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표	257

e특정 고액암 진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		263
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	263
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	263
	제 2-2 조의 2 '특정 고액암'의 정의 및 진단 확정	263
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	264
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	264
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	264
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	264
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	265
	제 2-8 조 사고증명서	265
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	266
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	266
제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	266
	제 2-11 조의 2 "계약의 무효"에 대한 특칙	266
	제 2-12 조 계약의 소멸	267
	제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙	267
	제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙	267
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	267
	제 2-14 조 해약환급금	267
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	268
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	269
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	270
	【 별표 2-3 】대상이 되는 악성 신생물 분류표	271
	【 별표 2-4 】특정 고액암 분류표	272
e특정뇌졸중 및 급성심근경색증 응급환자 응급실 내원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		273
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	273

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	273
	제 2-2 조의 2 '특정뇌졸중'의 정의 및 진단 확정	273
	제 2-2 조의 3 '급성심근경색증'의 정의 및 진단 확정	274
	제 2-2 조의 4 '응급실'의 정의와 장소	274
	제 2-2 조의 5 '특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자' 및 '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'의 정의	274
	제 2-2 조의 6 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경	274
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	275
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	275
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	275
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	276
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	276
	제 2-8 조 사고증명서	277
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	277
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	278
제 3 관 계약의 성립과 유지 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	278
	제 2-12 조 계약의 소멸	278
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	278
	제 2-14 조 해약환급금	278
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	278
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	280
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	281
	【 별표 2-3 】응급증상 및 이에 준하는 증상	282
	【 별표 2-4 】'특정뇌졸중' 분류표	283
	【 별표 2-5 】'급성심근경색증' 분류표	284
e항암 약물·방사선 치료보장보험 II (비갱신형) 무배당 주계약 약관		285
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	285

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	285
	제 2-2 조의 2 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 정의 및 진단 확정	285
	제 2-2 조의 3 '기타피부암'의 정의 및 진단확정	286
	제 2-2 조의 4 '갑상선암'의 정의 및 진단확정	287
	제 2-2 조의 5 '항암약물치료'의 정의	287
	제 2-2 조의 6 '항암방사선치료'의 정의	287
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	288
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	288
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	288
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	288
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	289
	제 2-8 조 사고증명서	289
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	289
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	290
제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	290
	제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항	290
	제 2-11 조의 3 "계약의 무효"에 대한 특칙	291
	제 2-12 조 계약의 소멸	291
	제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙	291
	제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙	291
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	291
	제 2-14 조 해약환급금	291
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	292
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	293
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	295
	【 별표 2-3 】대상이 되는 악성 신생물 분류표	296
e허혈성심장질환진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		297
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	297

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	297
	제 2-2 조의 2 '허혈성심장질환'의 정의 및 진단 확정	297
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	298
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	298
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	298
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	298
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	299
	제 2-8 조 사고증명서	299
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	299
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	300
제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	300
	제 2-12 조 계약의 소멸	300
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	300
	제 2-14 조 해약환급금	301
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	301
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	302
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	303
	【 별표 2-3 】허혈성심장질환 분류표	304
e허혈성심장질환통원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		305
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	305
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	305
	제 2-2 조의 2 '허혈성심장질환'의 정의 및 진단 확정	305
	제 2-2 조의 3 '통원'의 정의와 장소	306
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	306
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	306
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	306
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	306
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	307

	제 2-8 조 사고증명서	307
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	307
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	308
제 3 관 계약의 성립과 유지 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	308
	제 2-12 조 계약의 소멸	308
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	309
	제 2-14 조 해약환급금	309
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	309
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	310
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	311
	【 별표 2-3 】허혈성심장질환 분류표	312
e혈전용해치료보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관		313
제 1 관 용어의 정의 등	제 2-1 조 용어의 정의	313
제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준	313
	제 2-2 조의 2 '급성뇌경색증'의 정의 및 진단 확정	313
	제 2-2 조의 3 '급성심근경색증 II '의 정의 및 진단 확정	313
	제 2-2 조의 4 '혈전용해치료'의 정의	314
	제 2-3 조 보험금의 지급사유	314
	제 2-4 조 보험료 납입면제 사유	314
	제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정	314
	제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정	315
	제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유	315
	제 2-8 조 사고증명서	315
	제 2-9 조 보험금 등의 지급절차	316
	제 2-10 조 보험수익자의 지정	316

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등	제 2-11 조 계약의 보험기간	316
	제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항	317
	제 2-12 조 계약의 소멸	317
제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	제 2-13 조 계약자의 임의해지	317
	제 2-14 조 해약환급금	317
	제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항	318
별표	【 별표 2-1 】보험금 지급기준표	319
	【 별표 2-2 】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	320

한화생명 e건강보험 무배당 특별약관

제도성특약	단체취급특약(K1.6) 약관	322
	모듈보험 통합계약체결·운영특약 약관	324
	장애인전용 세제전환특약(K1.2) 약관	326
	지정대리청구서비스특약(K1.9) 약관	328
	출산육아휴직 보험료 납입유예특약 약관	330
	특정 신체부위·질병 보장제한부 인수특약(K3.7) 약관	334
	표준하체인수특약(K3.8) 약관	343
분류표	장해분류표	348
부록	보험용어 해설	369
	약관에서 인용된 법령 내용	370

한화생명 e건강보험 무배당

Ⅰ. 약관 이용 안내

보험약관의 개념과 구성, 사용법 등을
알기 쉽게 요약하여 안내합니다.

Ⅱ. 약관 요약서

상품과 약관의 핵심내용과 유의사항을
보기 쉽게 이미지와 함께 설명합니다.

Ⅲ. 보험계약 일반사항

보험계약의 취소, 알릴 의무 등 보험계약의
일반적인 내용을 알려 드립니다.

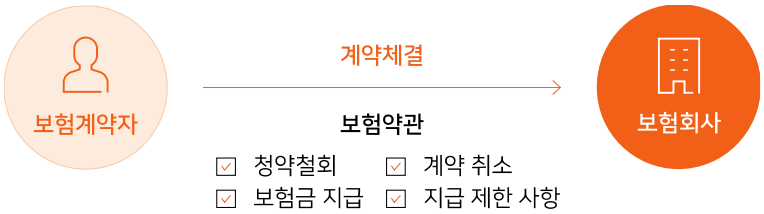
보험약관 가이드북에서는 약관을 쉽게 이용하는 방법과
보험계약의 주요내용, 유의사항 등을 쉽게 설명해 드립니다.

Ⅰ. 약관 이용 안내

1. 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용과 조건 등을 미리 정한 계약조항으로 **보험계약자와 보험회사의 권리와 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급** 등 약관의 중요사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하시기 바랍니다.



2. 약관의 구성

보험약관 가이드북	**약관을 쉽게 이용하는 방법과 계약의 주요내용, 유의사항** 등을 알기 쉽게 요약하여 안내해 드립니다.
보험약관	주계약 약관 - **기본계약을 포함한 공통 사항**에 대한 계약 내용입니다. 특약(특별약관) - **선택가입한 보장 등**에 대한 계약 내용입니다.
부록	**용어의 해설과 약관에서 인용된 법령 내용을** 안내해 드립니다.

3. 보다 쉬운 약관 활용 팁

약관의 **핵심 내용을** 확인할 수 있습니다.	약관의 **주요 내용을 한눈에** 쉽게 볼 수 있습니다.	**보험계약의 일반적인 내용**을 확인할 수 있습니다.
약관 이용 안내	**약관 요약서**	**보험계약 일반사항**
특약(특별약관)의 목차를 확인하고 싶습니다.	약관에서 인용한 **법률조항과 규정**을 알고 싶습니다.	약관 내용 중 **어려운 보험용어**를 설명해 드립니다.
특약 색인	**약관에서 인용된 법령 내용**	**보험용어 해설**

4. 상황별 목차 안내

계약의 체결	**계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요**	제1-2조(용어의 정의)
	계약 전 알릴 의무는 무엇인가요	제1-7조(계약 전 알릴 의무) 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)
	보장이 언제 시작되나요	제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
	청약을 철회하고 싶어요	제1-11조(청약의 철회)
	계약을 취소할 수 있나요	제1-12조(약관교부 및 설명의무 등)
	계약이 무효가 될 수 있나요	제1-13조(계약의 무효)
보험료의 납입	**보험료 납입면제 사유를 알고 싶어요**	제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정)
	보험료 납입최고(독촉)이 무엇인가요	제1-19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
	해지된 계약을 살리고 싶어요	제1-20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
보험금의 지급	**보험금을 받을 수 있는지 궁금해요**	제2-3조(보험금의 지급사유), 제2-7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
	보험금은 언제 지급되나요	제1-4조(보험금 등의 청구), 제2-9조(보험금 등의 지급절차)

계약의 변경	**보험수익자 또는 보험가입금액을 변경하고 싶어요**	제1-14조(계약내용의 변경 등)
	주소 또는 연락처가 바뀌었어요	제1-5조(주소변경통지)
	보험나이는 어떻게 계산하나요	제1-15조(보험나이)
보험계약 대출	**가입한 보험으로 대출을 받을 수 있나요**	제1-25조(보험계약대출)
계약의 해지	**계약을 해지하고 싶어요**	제2-13조(계약자의 임의해지) 제1-22조(위법계약의 해지)
	해약환급금이 얼마인지 궁금합니다	제2-14조(해약환급금)

* 주계약 기준 목차로 특약은 특약별 약관 내용을 확인하시기 바랍니다.

* 자세한 내용은 각 상품별 약관 내용을 확인하시기 바랍니다.

5. 보험금 신청방법

STEP 1.
보험금 신청 전 서류를 준비해 주세요.

구비서류는 홈페이지(www.hanwhalife.com), 콜센터 또는 담당FP를 통해 확인하실 수 있습니다. 서류가 추가로 필요하거나 간소화 가능한 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

구분	사망	장해	진단	입원/통원/수술	실손
공통서류	청구서/신분증				
기타서류 (해당 시)	사망진단서	장해진단서	진단서, 진단사실 확인서류 (검사결과지 등)	진단서, 입・퇴원확인서, 수술확인서	진단서, 입・퇴원확인서, 수술확인서, 통원확인서

STEP 2.
상황별 보험금 신청 방법을 확인하세요.

가까운 지점·고객센터를 방문하거나, 담당 FP/우편/인터넷/모바일/FAX 등을 통하여 접수하실 수 있습니다. 인터넷/모바일/FAX 접수는 가능 금액 등 제한이 있을 수 있으니 청구 유형별로 세부내역을 확인하시기 바랍니다.

구분	사망	장해	진단	입원/통원/수술	실손
지점 · 고객센터 방문 / 우편	●	●	●	●	●
인터넷 모바일 / FAX				●	●

6. 보험금의 지급절차

보험금은 청구서류 접수일부터 3영업일 이내에 지급하는 것이 원칙입니다.

* 단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.

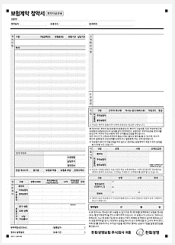
구분	STEP 1 보험금 지급 접수	STEP 2 현장확인 여부 심사	STEP 3 현장 확인	STEP 4 지급여부 심사	STEP 5 심사결과 안내
심사가 불필요한 경우	●				●
현지실사가 불필요한 경우	●	●			●
심사가 필요한 경우	●	●	●	●	●

7. 보험계약 관련 전달서류 안내

보험가입 시 전달서류

상품설명서

보험약관


계약자 보관용 청약서

운용설명서

보험증권

* 운용설명서는 변액보험 가입시에만 교부됩니다.

서류를 받지 못한 경우 연락주세요.

- **한화생명** 콜센터 1588-6363
- **한화생명** 담당FP

8. 기타 문의사항 안내 * 스마트폰으로 QR코드를 스캔하시면 보다 자세한 설명을 보실 수 있습니다.

한화생명 홈페이지
www.hanwhalife.com

금융감독원 소비자정보 포탈 fine.fss.or.kr
*보험상품 거래 단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 확인 가능

한화생명 콜센터
1588-6363

전국 고객센터

보험약관 핵심사항 관련 영상자료

1 보험금 지급 및 지급제한 사항	2 청약철회	3 계약취소
4 계약무효	5 계약전 알릴의무 및 위반효과	6 계약후 알릴의무 및 위반효과
7 보험료 연체 및 해지	8 부활(효력회복)	9 해약환급금
10 보험계약 대출	11 보험금 지급절차	12 약관해설 동영상

1. 보험계약의 개요

가입하신 보험상품의 보장내용과 특징을 확인해보세요.

한화생명 e건강보험 무배당

상품의 종목 : 보장성보험

(1) 상품의 주요특징

금리확정형

보험료 및 적립액 산출에
적용되는 이율이
보험기간 동안 고정되어
변동이 없습니다.

예금자보호

이 보험은「예금자보호법」에
따라 보호됩니다.

보장성보험

사망, 질병,
상해 등의 위험을
보장하는 보장성
보험입니다.

무배당

계약자에게
배당을 하지 않는
상품입니다.

해약환급금 미지급형

보험료 납입기간 중
계약이 해지될 경우
해약환급금을 지급하지 않는 대신
표준형보다 낮은 보험료로
가입할 수 있는 상품입니다.

※ 자세한 내용은 본 상품의 약관 및 상품설명서를 참고 바랍니다.

(2) 주요보장내용

암진단

암

* e암진단보장보험Ⅱ(비갱신형)
  e통합암보장보험[전이포함, 일반암](비갱신형)
  e특정 고액암 진단보장보험(비갱신형) 가입시

뇌혈관질환 진단

뇌출혈 / 뇌경색증 / 뇌혈관질환

* e뇌출혈진단보장보험(비갱신형)
  e뇌출혈 및 뇌경색증진단보장보험(비갱신형)
  e뇌혈관질환진단보장보험(비갱신형) 가입시

심장질환 진단

급성심근경색증 / 허혈성심장질환

* e급성심근경색증진단보장보험(비갱신형)
  e허혈성심장질환진단보장보험(비갱신형) 가입시

치료

치료

* e항암 약물·방사선 치료보장보험Ⅱ(비갱신형)
  e혈전용해치료보장보험(비갱신형)
  e암주요치료보장보험[암(기타피부암·갑상선암 제외)](연1회)(비갱신형) 가입시

입통원

입통원

* e암직접치료통원보장보험Ⅱ(비갱신형)
  e뇌혈관질환통원보장보험(비갱신형), e허혈성심장질환통원보장보험(비갱신형)
  e뇌심혈관입원보장보험(비갱신형),
  e특정뇌졸중 및 급성심근경색증 응급환자 응급실 내원보장보험(비갱신형)
  e종합병원 암직접치료통원보장보험(비갱신형)
  e상급종합병원 암직접치료통원보장보험(비갱신형) 가입시

수술

수술

* e암수술보장보험Ⅱ(비갱신형)
  e뇌혈관질환수술보장보험(비갱신형)
  e심장질환수술보장보험(비갱신형)
  e암다빈치로봇수술보장보험(비갱신형) 가입시

※ 자세한 내용은 본 상품의 약관 및 상품설명서를 참고 바랍니다.

(3) 모듈보험의 통합 체결 및 운영에 관한 사항

한화생명 e건강보험 무배당은 여러 개의 주계약을 아래와 같이 한 번에 통합하여 청약(체결)하고 운영하기 위하여 통합체결계약으로 체결합니다.

○ 보험계약자는 하나의 청약서로 통합하여 계약을 청약하고, 계약 체결 시 회사는 하나의 보험증권을 제공합니다.

○ 청약 시 작성하신 계약전 알릴 의무는 가입한 모듈보험에 동일하게 적용합니다.

○ 보험계약자가 납입하는 보험료는 각 모듈보험의 보험료를 합한 통합체결계약보험료로 합니다.

○ 보험계약자가 청약을 철회하고자 하는 경우, 통합체결계약이 철회되므로 통합 체결된 모든 모듈보험의 청약이 철회됩니다.

※ 주계약에 모듈보험 통합계약체결·운영특약을 부가한 경우, 각 주계약을 모듈보험이라 합니다.
※ 보험계약자가 상기 사항에 대하여 모듈보험 별로 다르게 적용하고 싶은 경우, 각각의 계약으로 청약하여야 합니다.

2. 소비자가 반드시 알아야 할 유의사항

(1) 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도와 자기부담금 등 보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다.
※ 자세한 내용은 **본 상품의 약관 및 상품설명서**를 참고 바랍니다.

면책기간

이 보험에는 **'보험금이 지급되지 않는 기간'을 의미하는 [면책기간]**이 적용되는 담보가 포함되어 있습니다.

구분	담보명		면책기간
e상급종합병원 암직접치료통원보장보험 (비갱신형)	상급종합병원 암통원자금		가입 후 **90일**간 보장제외
	상급종합병원 통원자금		해당사항 없음
e암다빈치로봇수술보장보험 (비갱신형)	암 다빈치로봇 수술자금		가입 후 **90일**간 보장제외
	갑상선암 및 전립선암 다빈치로봇 수술자금		
e암수술보장보험 II (비갱신형)	암수술자금	암(기타피부암, 대장점막내암 제외)	가입 후 **90일**간 보장제외
		기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양	해당사항 없음
e암주요치료보장보험 [암(기타피부암·갑상선암 제외)](연1회)(비갱신형)	암주요치료자금		가입 후 **90일**간 보장제외
e암직접치료통원보장보험 II (비갱신형)	암통원자금 통원자금	암(기타피부암, 대장점막내암 제외)	가입 후 **90일**간 보장제외
		기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양	해당사항 없음
e암진단보장보험 II (비갱신형)	암 진단자금		가입 후 **90일**간 보장제외
	소액암 진단자금		가입 후 **90일**간 보장제외
	유사암 진단자금	기타피부암	해당사항 없음
		중증이외의 갑상선암	해당사항 없음
		대장점막내암	해당사항 없음
		제자리암	해당사항 없음
		경계성종양	해당사항 없음
e종합병원 암직접치료통원보장보험 (비갱신형)	종합병원 암통원자금		가입 후 **90일**간 보장제외
	종합병원 통원자금		해당사항 없음

구분	담보명		면책기간
e통합암보장보험 [전이포함, 일반암](비갱신형)	초기 이외의 유방·생식기암(전이포함) 진단자금		가입 후 90일간 보장제외
	두경부암(전이포함) 진단자금		
	위암 및 식도암(전이포함) 진단자금		
	소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단자금		
	간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단자금		
	흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단자금		
	골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단자금		
	초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함) 진단자금		
	뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단자금		
	혈액암(전이포함) 진단자금		
e특정 고액암 진단보장보험(비갱신형)	특정 고액암 진단자금		가입 후 90일간 보장제외
e항암 약물·방사선 치료보장보험Ⅱ(비갱신형)	항암약물치료자금Ⅰ		가입 후 90일간 보장제외
	항암약물치료자금Ⅱ	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	가입 후 90일간 보장제외
		기타피부암, 갑상선암	해당사항 없음
	항암방사선치료자금Ⅰ		가입 후 90일간 보장제외
	항암방사선치료자금Ⅱ	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	가입 후 90일간 보장제외
		기타피부암, 갑상선암	해당사항 없음

[민원 사례]
A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암 진단비를 청구
▶ 보험회사는 **보험가입 후 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내**

감액지급

이 보험에는 **'일정기간동안 보험금의 일부만 지급'되는 [감액지급]**이 적용되는 담보가 포함되어 있습니다.

구분	담보명	감액기간 및 비율
e급성심근경색증진단보장보험(비갱신형)	급성심근경색증 진단자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e뇌심혈관입원보장보험(비갱신형)	뇌심혈관 입원급여금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e뇌출혈 및 뇌경색증진단보장보험(비갱신형)	뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e뇌출혈진단보장보험(비갱신형)	뇌출혈 진단자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e뇌혈관질환수술보장보험(비갱신형)	뇌혈관질환 관혈수술자금 뇌혈관질환 비관혈수술자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e뇌혈관질환진단보장보험(비갱신형)	뇌혈관질환 진단자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e뇌혈관질환통원보장보험(비갱신형)	뇌혈관질환통원자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e상급종합병원 암직접치료통원보장보험(비갱신형)	상급종합병원 암통원자금 상급종합병원 통원자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e심장질환수술보장보험(비갱신형)	심장질환 관혈수술자금 심장질환 비관혈수술자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e암다빈치로봇수술보장보험(비갱신형)	암 다빈치로봇 수술자금 갑상선암 및 전립선암 다빈치로봇 수술자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50%** (단, 계약일부터 180일 이내 다빈치로봇 수술시 25%) 지급
e암수술보장보험 II (비갱신형)	암수술자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e암직접치료통원보장보험 II (비갱신형)	암통원자금 통원자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e암주요치료보장보험[암(기타피부암·갑상선암 제외)](연1회)(비갱신형)	암주요치료자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e암진단보장보험 II (비갱신형)	암 진단자금 소액암 진단자금 유사암 진단자금: 기타피부암 유사암 진단자금: 중증이외의 갑상선암 유사암 진단자금: 대장점막내암 유사암 진단자금: 제자리암 유사암 진단자금: 경계성종양	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**
e종합병원 암직접치료통원보장보험(비갱신형)	종합병원 암통원자금 종합병원 통원자금	가입 후 **2년**간 보험금 **50% 지급**

구분	담보명	감액기간 및 비율
e통합암보장보험 [전이포함, 일반암](비갱신형)	초기 이외의 유방·생식기암(전이포함) 진단자금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
	두경부암(전이포함) 진단자금	
	위암 및 식도암(전이포함) 진단자금	
	소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단자금	
	간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단자금	
	흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단자금	
	골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단자금	
	초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함) 진단자금	
	뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단자금	
	혈액암(전이포함) 진단자금	
e특정 고액암 진단보장보험(비갱신형)	특정 고액암 진단자금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
e항암 약물·방사선 치료보장보험Ⅱ(비갱신형)	항암약물치료자금Ⅰ	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
	항암약물치료자금Ⅱ	
	항암방사선치료자금Ⅰ	
	항암방사선치료자금Ⅱ	
e허혈성심장질환진단보장보험(비갱신형)	허혈성심장질환 진단자금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
e허혈성심장질환통원보장보험(비갱신형)	허혈성심장질환 통원자금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
e혈전용해치료보장보험(비갱신형)	급성뇌경색증 혈전용해치료보험금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
	급성심근경색증 혈전용해치료보험금	

* 감액기간은 보험계약일로부터 진단 확정일(진단자금의 경우에 해당하며, 진단자금 외 담보의 경우 본 상품의 약관 본문을 참고하시기 바랍니다)까지의 경과기간입니다

보장한도

1

이 보험에는 **'보험금의 지급 횟수 등의 한도'가 있는 [보장한도]**가 적용되는 담보가 포함되어 있습니다.

구분	담보명	보장한도
e급성심근경색증진단보장보험(비갱신형)	급성심근경색증 진단자금	**최초 1회**에 한해 보장
e뇌심혈관입원보장보험(비갱신형)	뇌심혈관 입원급여금	**1회 입원당 지급일수 120일한도**
e뇌출혈 및 뇌경색증진단보장보험(비갱신형)	뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금	**최초 1회**에 한해 보장
e뇌출혈진단보장보험(비갱신형)	뇌출혈 진단자금	**최초 1회**에 한해 보장
e뇌혈관질환수술보장보험(비갱신형)	뇌혈관질환 관혈수술자금	**각 최초 1회**에 한해 보장
	뇌혈관질환 비관혈수술자금	
e뇌혈관질환진단보장보험(비갱신형)	뇌혈관질환 진단자금	**최초 1회**에 한해 보장
e뇌혈관질환통원보장보험(비갱신형)	뇌혈관질환통원자금	**1일**당 **1회** 한도, **연간 30회**를 한도로 보장
e상급종합병원 암직접치료통원보장보험(비갱신형)	상급종합병원 암통원자금	**각 1일**당 **1회** 한도, **연간 30회**를 한도로 보장
	상급종합병원 통원자금	
e심장질환수술보장보험(비갱신형)	심장질환 관혈수술자금	**각 최초 1회**에 한해 보장
	심장질환 비관혈수술자금	
e암다빈치로봇수술보장보험(비갱신형)	암 다빈치로봇 수술자금	**각 최초 1회**에 한해 보장
	갑상선암 및 전립선암 다빈치로봇 수술자금	
e암주요치료보장보험[암(기타피부암·갑상선암 제외)](연1회)(비갱신형)	암주요치료자금	**매년 1회** 한도, **최대 10회**에 한해 보장
e암직접치료통원보장보험 II(비갱신형)	암통원자금	**각 1일**당 **1회** 한도, **연간 30회**를 한도로 보장
	통원자금	
e암진단보장보험 II(비갱신형)	암 진단자금	**각 최초 1회**에 한해 보장
	소액암 진단자금	
	유사암 진단자금 - 기타피부암	
	유사암 진단자금 - 중증이외의 갑상선암	
	유사암 진단자금 - 대장점막내암	
	유사암 진단자금 - 제자리암	
	유사암 진단자금 - 경계성종양	
e종합병원 암직접치료통원보장보험(비갱신형)	종합병원 암통원자금	**각 1일**당 **1회** 한도, **연간 30회**를 한도로 보장
	종합병원 통원자금	

구분	담보명	보장한도
e통합암보장보험 [전이포함, 일반암](비갱신형)	초기 이외의 유방·생식기암(전이포함) 진단자금	**각 최초 1회**에 한해 보장
	두경부암(전이포함) 진단자금	
	위암 및 식도암(전이포함) 진단자금	
	소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단자금	
	간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단자금	
	흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단자금	
	골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단자금	
	초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함) 진단자금	
	뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단자금	
	혈액암(전이포함) 진단자금	
e특정 고액암 진단보장보험(비갱신형)	특정 고액암 진단자금	**최초 1회**에 한해 보장
e항암 약물·방사선 치료보장보험Ⅱ(비갱신형)	항암약물치료자금Ⅰ	**각 최초 1회**에 한해 보장
	항암약물치료자금Ⅱ	
	항암방사선치료자금Ⅰ	
	항암방사선치료자금Ⅱ	
e허혈성심장질환진단보장보험(비갱신형)	허혈성심장질환 진단자금	**최초 1회**에 한해 보장
e허혈성심장질환통원보장보험(비갱신형)	허혈성심장질환 통원자금	**1일**당 **1회** 한도, **연간 30회**를 한도로 보장
e혈전용해치료보장보험 (비갱신형)	급성뇌경색증 혈전용해치료보험금	**각 최초 1회**에 한해 보장
	급성심근경색증 혈전용해치료보험금	

[민원 사례]
A씨는 보험가입 후 뇌출혈 및 뇌경색증 진단을 받아 각각의 진단자금 청구
▶ 가입한 상품(특약)에서 뇌출혈과 뇌경색증을 각각 보장하는 것이 아니며 하나의 진단자금으로 보장하기 때문에 **최초 1회 진단에 한하여 보장**됨을 안내

[민원 사례]
A씨는 보험가입 후 뇌혈관 질환(허혈성심장질환)으로 진단을 받았으므로 진단자금 청구
▶ 가입한 상품(특약)에서 뇌혈관 질환(허혈성심장질환) 진단자금은 모든 뇌혈관질환 및 허혈성심장질환에 대해서 보장하는 것이 아니라 **약관에서 보장대상으로 규정한 질환**에 대해서만 진단자금이 지급됨을 안내

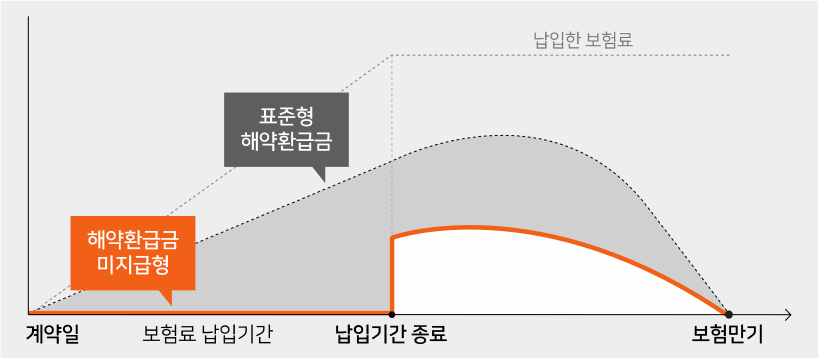
(2) 해약환급금에 관한 사항

보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.
※ 자세한 내용은 **본 상품의 약관 및 상품설명서**를 참고 바랍니다.

해약환급금

해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

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



※ 예시된 해약환급금 도해는 남자 40세, 100세만기, 20년납 가입시의 도해입니다.
※ 보험기간 만료시점에는 해약환급금이 없습니다.

[민원 사례]
A씨는 종신보험 가입(납입기간: 10년) 후 2년 정도 경과한 상태에서 경제 사정상 해지를 하고자 하였는데 해약환급금이 너무 적게 발생하여 불만

▶ 계약자가 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등 **사업비 및 경과기간의 위험보장에 사용하는 보험료를 차감하여 지급**되므로 도중에 해지하면 손해를 볼 수 있음

(3) 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험

①이 보험은 질병 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며,
저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
②만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

[민원 사례]
A씨는 저축을 주된 목적으로 종신보험을 가입하였으나 알고보니 사망 및 질병 보장을 주목적으로 하는 보장성보험임에 불만
▶ 종신보험 등 보장성보험은 **저축이나 노후에 연금 수령을 목적으로 가입하시기에는 적합하지 않으며 또한 중도에 해지하면 손해**를 볼 수 있음

예금자보호제도에 관한 사항

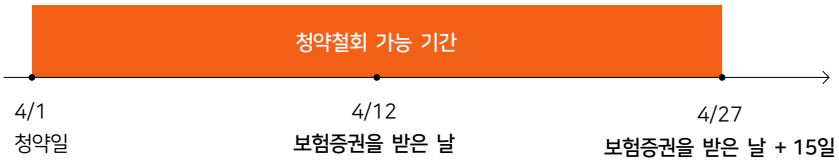
예금보험공사 보호금융상품 1인당 최고 1억원

①이 보험은 「예금자보호법」에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다.
②다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

※ 자세한 내용은 **본 상품의 약관 및 상품설명서**를 참고 바랍니다.

(1) 청약을 철회할 수 있는 권리

보험계약자는 **보험증권을 받은 날부터 15일 이내**에 보험계약의 **청약을 철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.

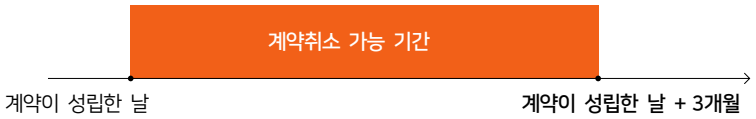


[주의 사항]
청약철회가 불가능한 경우,
① 청약일로부터 30일(만65세 이상 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우
② 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

(2) 보험계약을 취소할 수 있는 권리

보험계약자는 다음의 경우 **계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소**할 수 있습니다. 계약 취소 시, 회사는 보험계약자에게 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

① 보험계약을 청약할 때 **보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
② **보험약관의 중요내용**을 설명 받지 못한 경우
③ 보험계약자가 **청약서에 자필서명**을 하지 않은 경우



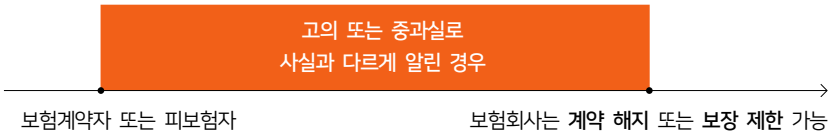
(3) 보험계약의 무효

보험회사는 **다음의 경우 보험계약을 무효**로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

① 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
② 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 각 모듈 보험별 개별약관에서 정한 '무효 대상이 되는 암'으로 진단이 확정된 경우

(4) 보험계약 전 알릴의무 위반 시 효과

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



[주의 사항]
청약철회가 불가능한 경우,
① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사에게만 구두로** 알렸을 경우
▶ 보험계약 전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.
② **전화 등 통신수단을 통한** 보험계약의 경우
▶ 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

[민원 사례]
A씨는 보험설계사에게 본인이 원하는 상품에 대해 상담 후 00보험 가입을 제안 받았고, 가입을 하려던 중 3~4개월전 잠깐 혈압이 높아져 검사 등으로 3일 정도 입원한 것이 생각나 **보험설계사에게만 알려주고,** 청약서에 기재하지 않은 채 00보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 입원치료를 받아 보험금을 청구
▶ 보험회사는 **보험계약이 해지됨**과 동시에 **보험금 지급이 어려움을 안내**

[법률 지식]
일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음(대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837)

(5) 보험계약 후 알릴의무 위반 시 불이익 (해당없음)

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

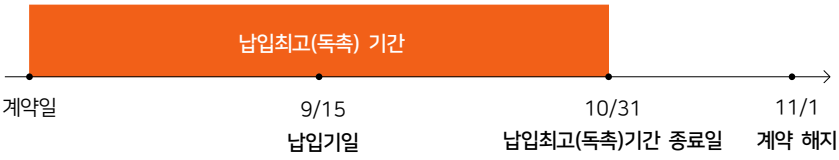
보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로 인해,
① **위험이 감소**한 경우 ▶ **보험료를 감액하고 정산금액을 환급**하여 드립니다.
② **위험이 증가**한 경우 ▶ **보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입**이 필요할 수 있습니다.

[예시]

회사에 알린 경우	위험 증가 시	보험료 증액, 정산금액 추가납입
	위험 감소 시	보험료 감액, 정산금액 환급
회사에 알리지 않은 경우	위험 증가 시	보험금 지급 제한 또는 삭감 가능
	위험 감소 시	보험료 감액, 정산금액 환급 불가

(6) 보험료 납입연체와 보험계약의 해지

보험료 납입이 연체*중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며,
납입최고(독촉)기간*내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.



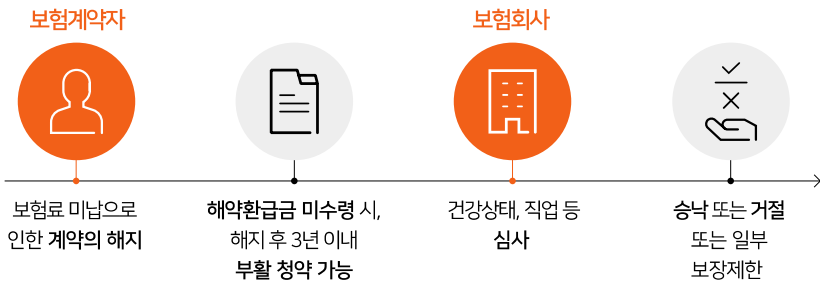
* 납입연체 - ① 보험료 납입이 연체 중이거나
② 유니버셜 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우

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

(7) 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

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

[주의 사항]
보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)을 거절**하거나 **보장의 일부를 제한**할 수 있습니다.



(8) 보험계약대출

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 안에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

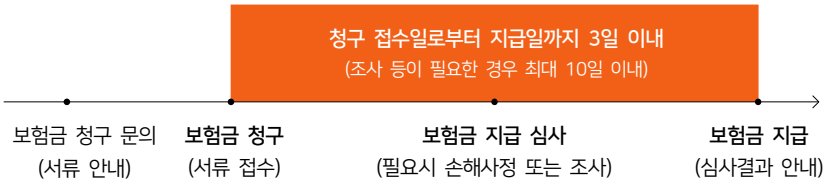
[주의 사항]
① **상환하지 않은 보험계약대출금과 이자**는 **해약환급금 또는 보험금에서 차감**될 수 있습니다.
② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출이 제한**될 수 있습니다.
③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 **반드시 확인**하시기 바랍니다.

[예시] 환급금 내역서

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

(9) 보험금 청구절차와 서류

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



[주의 사항]
소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

보험금 청구서류

구분	공통서류	기타 서류(해당 시)
사망	청구서, 신분증	사망진단서
장해		장해진단서
진단		진단서, 진단사실 확인서류(검사결과지 등)
입원		진단서, 입·퇴원확인서
수술		진단서, 수술확인서
실손		진단서, (입원시) 입·퇴원확인서, (수술시) 수술확인서, (통원시) 통원확인서

* 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 추가 서류가 필요할 수 있습니다.

한화생명 e건강보험

무배당

제1관 목적 및 용어의 정의
제2관 보험금의 지급
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등
제4관 보험계약의 성립과 유지
제5관 보험료의 납입
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등
제7관 분쟁의 조정 등

주계약 약관은 보험계약 성립의 가장 기본이 되는 사항으로,
보험계약자와 보험회사의 권리와 의무를 규정한 중요한 내용입니다.

주계약 약관 구성 안내

1. 주계약 약관의 구성

주계약 약관은 「제1절 공통사항」 과 「제2절 개별사항」 으로 구성됩니다.

2. 주계약 약관 구성 관련 유의사항

제1절 공통사항	보험금 등의 청구절차, 주계약의 성립과 무효에 관한 사항 등 모든 주계약에 공통적으로 적용되는 일반사항으로 구성되어 있습니다.
제2절 개별사항	보험금의 지급사유, 보험료 납입면제 사유, 해약환급금 등 각 주계약에 개별적으로 적용되는 사항으로 구성되어 있습니다.
해석 시 유의사항	약관 해석 시 「제1절 공통사항」 과 「제2절 개별사항」 의 내용을 함께 고려하여야 합니다. 다만, 「제1절 공통사항」 에서 정한 내용과 「제2절 개별사항」 에서 정한 내용이 서로 다른 경우에는 「제2절 개별사항」 의 내용을 「제1절 공통사항」 의 내용에 우선하여 적용합니다.

3. 주계약 약관의 구성 예시

A 모듈 보험 약관	주계약 약관 「제1절 공통사항」 + A 모듈 보험 「제2절 개별사항」
B 모듈 보험 약관	주계약 약관 「제1절 공통사항」 + B 모듈 보험 「제2절 개별사항」

4. 기타 주의사항

제도성특약의 경우
약관을 「제1절 공통사항」 과 「제2절 개별사항」 으로 나누어 구성하지 않습니다.
제도성특약에 해당하는 특약 목록은 특약 목차를 통해
확인하실 수 있습니다.

[주계약 약관] 제 1 절 공통사항

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1-1 조 목적 및 구성

① 이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

② 이 계약의 약관은 「제1절 공통사항」과 「제2절 개별사항」으로 구성됩니다. 다만, 「제1절 공통사항」 제1-2조(용어의 정의) 내지 제1-35조(예금보험에 의한 지급보장)에서 정한 내용과 별도로 「제2절 개별사항」에서 정한 사항이 있는 경우에는 「제2절 개별사항」의 내용을 「제1절 공통사항」에 우선하여 적용합니다.

제 1-2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 재해: 별표 1-1 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
   - 나. 장해: 별표 1-2 '장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

     【 연단위 복리 예시 】

     연시시점(1월 1일) 원금 10,000원 투자, 연간 2% 이자율 적용시 계산 예시

     · 1년차 이자 = 10,000원(원금) × 2% = 200원

     · 2년차 이자 = (10,000원(원금) + 200원(1년차 이자)) × 2% = 204원
   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
   - 다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   - 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정' 제2조(공휴일)에 따른 공휴일 및 동 규정 제3조(대체공휴일)에 따른 대체공휴일과 노동절은 제외합니다.
   - 다. 납입기일 : 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 1-3 조 보험금 지급사유의 발생통지

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 1-4 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[회사가 보험사고별로 요청하는 서류로 제2-8조(사고증명서)에서 정합니다]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다.)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 계약자적립액의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항의 보험금, 계약자적립액 및 보험료 납입면제는 다음 각 호를 따릅니다.

1. 보험금: 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정하며, 동 조항에 해당사항이 없는 경우 적용하지 않습니다.
2. 계약자적립액: 제2-12조(계약의 소멸)에서 정하며, 동 조항에 따라 '사망 당시의 계약자적립액' 또는 '소멸 당시의 계약자적립액'이 지급되는 계약에 한하여 적용합니다.
3. 보험료 납입면제: 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 정하며, 동 조항에 해당사항이 없는 경우 적용하지 않습니다.

③ 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

【 계약자적립액 】
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

제 1-5 조 주소변경통지

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 1-6 조 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 연대(連帶)로 합니다.

【'계약자의 책임'의 예시】
제1-3조(보험금 지급사유의 발생통지), 제1-4조(보험금 등의 청구), 제1-5조(주소변경통지), 제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제1-17조(제2회 이후 보험료의 납입) 등

【연대(連帶)】
2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 중 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 1-7 조 계약 전 알릴 의무

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

【계약 전 알릴 의무】
상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제 1-8 조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제1-7조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. **회사가 계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때**
2. **회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때**
3. **계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때**
4. **회사가 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 해지하거나 보장을 제한할 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 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 '반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다'라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을

조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제1-7조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】
계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 1-9 조 사기에 의한 계약

① 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 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우, 제2항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 1-10 조 보험계약의 성립

① 계약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 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 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유) 제1항에 따라 보장하여 드립니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제1-19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제1-20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 1-11 조 청약의 철회

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약
2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우. 다만, 청약시점에 만 65세 이상인 계약자가 전화를 이용하여 계약을 체결한 경우 '청약을 한 날부터 45일을 초과한 경우'로 합니다.

【전문금융소비자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며「금융소비자 보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 **납입한 보험료 전액을** 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 '보험계약대출이율'이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 1-12 조 약관교부 및 설명의무 등

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

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

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

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

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

【 법정상속인 】
피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑥ 보험료 납입이 면제된 경우, 제5항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제 1-13 조 계약의 무효

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우

2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

제 1-14 조 계약내용의 변경 등

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

1. 보험료의 납입방법
2. 보험가입금액
3. 계약자
4. 기타 계약의 내용

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

【설명】
계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 계약자로부터 보험수익자 변경에 관한 통지를 받지 못하여 변경 전 보험수익자에게 해당 보험금을 지급한 경우 회사는 변경된 보험수익자에게 해당 보험금을 다시 지급할 책임을 부담하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액 등의 감액시 해약환급금은 최초가입시 안내한 금액보다 감소할 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성

을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

⑤ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 1-15 조 보험나이

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.

【 매년 계약 해당일 】
제2차년도 이후 매년의 계약일과 동일한 월, 일.
다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당 월의 말일

③ 청약서류상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일:1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2018년 4월 13일
⇒ 2018년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 보험나이 30세

제 5 관 보험료의 납입

제 1-16 조 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. **제1-7조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우**
2. **제1-8조(계약 전 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 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 다만, 회사는 그 한도액을 초과하여 청약된 부분에 대한 보험료를 돌려드립니다.

제 1-17 조 제2회 이후 보험료의 납입

① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한

경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

② 보험료를 선납할 경우에는 3개월분 이상 12개월분 이하의 보험료를 선납할 때에 한하며, 선납보험료는 평균공시이율로 할인한 금액을 합하여 영수합니다.

제 1-18 조 보험료의 자동대출납입

① 계약자는 제1-19조(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 제1-25조(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 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 1-19 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 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 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)**

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. **계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것**
2. **전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것**

3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것

4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 1-20 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)

① 제1-19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

【부활(효력회복)】
보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않는 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 경우에는 제1-7조(계약 전 알릴 의무), 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1-9조(사기에 의한 계약), 제1-10조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금의 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제1-7조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 1-21 조 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제1-14조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제집행】
국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차를 말합니다.

【담보권실행】
채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채권자가 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 손해를 변상 받는 절차를 말합니다.

【국세 및 지방세 체납처분절차】
국세 및 지방세를 납부할 기간까지 납부하지 않는 경우에 관련 법령에 따라 행하는 강제 징수 처분 및 그 절차를 말합니다.

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 해약환급금 등

제 1-22 조 위법계약의 해지

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

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

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

【정당한 사유】

'금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항' 및 '금융소비자 보호에 관한 감독규정 제31조(위법계약의 해지) 제4항'을 말합니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

【제척기간】

어떠한 권리에 대해 법률상으로 정해진 존속기간을 말하며, 이 기간 안에 권리를 행사하지 않으면 권리가 소멸됩니다.

제 1-23 조 중대사유로 인한 해지

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【예시】

예를 들어, 입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금은 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 지급합니다.

제 1-24 조 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 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제 1-25 조 보험계약대출

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라

합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

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

③ 회사는 제1-19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 1-26 조 배당금의 지급

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 1-27 조 분쟁의 조정

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

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 1-28 조 관할법원

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

제 1-29 조 소멸시효

① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권, 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

【소멸시효】

예를들어, 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 2016년 4월 1일에 발생하였음에도 보험수익자가 2019년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않은 경우 해당 보험금에 대한 3년의 소멸시효가 완성되어 보험수익자는 해당 보험금 등을 지급받지 못합니다.

제 1-30 조 약관의 해석

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

【신의성실의 원칙】

민법 제2조(신의성실)에 따라 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 하며, 권리는 남용하지 못한다는 원칙

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.

제 1-31 조 설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 1-32 조 회사의 손해배상책임

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【 현저하게 공정을 잃은 합의 】
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제 1-33 조 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.

제 1-34 조 준거법

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

제 1-35 조 예금보험에 의한 지급보장

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【 별표 1-1 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

②「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- 법적 개입 중 법적 처형(Y35.5)

③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

【 별표 1-2 】장해분류표 : 분류표 참조

e급성심근경색증진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '급성심근경색증'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 급성심근경색증 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 계약의 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인(死因)이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증 진단자금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단자금의 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 급성심근경색증 진단자금의 50%를 지급합니다.

② 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '급성심근경색증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 '급성심근경색증'으로 진단이 확정된 경우에는 급성심근경색증 진단자금을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 제2-12조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액이 지급된 경우에는 급성심근경색증 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 계약자적립액을 차감하여 지급합니다.

④ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에

서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 검사결과지 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 계약자적립액을 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있

는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금

지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
급성심근경색증 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단확정일까지의 경과기간입니다.

3. 이 계약의 '급성심근경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '급성심근경색증' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
급성심근경색증 진단자금, (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.

2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

급성심근경색증 분류표

이 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

e뇌심혈관입원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '뇌심혈관질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '뇌심혈관질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '특정순환계질환분류표'(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, '외상성 두개내 출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌심혈관질환'의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 뇌혈관 조영술, 혈액 중 심근효소검사, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 내시경검사, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 계약의 보험기간 중 '뇌심혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인(死因)이 '뇌심혈관질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-2 조의 3 입원의 정의와 장소

이 계약에 있어서 '입원'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 피보험자에게 '뇌심혈관질환'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-2 조의 4 종합병원의 정의

이 계약에 있어서 '종합병원'이라 함은「의료법」제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 제2-2조의5(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【「의료법」제3조의3(종합병원)】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제 2-2 조의 5 상급종합병원의 정의

이 계약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은「의료법」제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 지정된 상급종합병원을 말합니다.

【「의료법」제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 2-2 조의 6 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제2-2조의4(종합병원의 정의)의 '종합병원' 또는 제2-2조의5(상급종합병원의 정의)의 '상급종합병원' 지정기준이 「의료법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. **법령의 개정에 따라 '종합병원' 또는 '상급종합병원' 제도가 폐지되는 경우**
2. **법령의 개정에 따라 '종합병원' 제도의 변경으로 제2-2조의4(종합병원의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우**
3. **법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 제도의 변경으로 제2-2조의5(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우**

【예시】

·종합병원 제도의 변경으로 종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

·상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

4. **제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우**

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 계약자는 계약내용 변경일부터 그날을 포함하여 90일 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약내용 변경일 이후 계약자가 실제 납입한 이 계약의 보험료를 돌려드립니다.

⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제2-3조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 기준에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 제2-2조의4(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원' 또는 제2-2조의5(상급종합병원의 정의)에서 정한 '상급종합병원'의 기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

【계약자적립액】

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. **보험기간 중 피보험자가 '뇌심혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 : 뇌심혈관 입원급여금(병·의원)**
2. **보험기간 중 피보험자가 '뇌심혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 1일 이상 입원하였을 경우 : 뇌심혈관 입원급여금(종합병원)**
3. **보험기간 중 피보험자가 '뇌심혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 1일 이상 입원하였을 경우 : 뇌심혈관 입원급여금(상급종합병원)**

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 제2-3조(보험금의 지급사유)의 '뇌심혈관 입원급여금'의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 '뇌심혈관질환'으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다. 이때, 이전(移轉)하여 입원하는 경우 이전(移轉)일(이전하여 입원한 날)에 대하여는 제6항을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 '뇌심혈관질환'에 의한 입원이라도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. **'뇌심혈관 입원급여금'이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과한 날부터 개시한 입원**
2. **'뇌심혈관 입원급여금'이 지급된 최종입원일부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 날부터의 입원**

【제2-5조 제3항 제2호 관련 보장기간 예시】

	퇴원없이 계속 입원			
	보장일수(120일)	보장제외(180일)	**보장일수(120일)**	...
최초입원일		뇌심혈관 입원급여금이 지급된 최종입원일	보장재개일	

④ 제2-3조(보험금의 지급사유) 제2호의 지급사유가 발생한 경우에는 제2호의 '뇌심혈관 입원급여금(종합병원)'과 동조 제1호의 '뇌심혈관 입원급여금(병·의원)'을 더하여 지급합니다.

⑤ 제2-3조(보험금의 지급사유) 제3호의 지급사유가 발생한 경우에는 제3호의 '뇌심혈관 입원급여금(상급종합병원)'과 동조 제1호의 '뇌심혈관 입원급여금(병·의원)' 및 제2호의 '뇌심혈관 입원급여금(종합병원)'을 더하여 지급합니다.

【제2-5조 제4항 내지 제5항 관련 보험금 지급 예시】

구분		상급종합병원 입원시	종합병원 (상급종합병원 제외) 입원시	병·의원(종합병원 및 상급종합병원 제외) 입원시
뇌심혈관 입원급여금	병·의원	지급	지급	지급
	종합병원	지급	지급	해당없음

	상급종합병원	지급	해당없음	해당없음

예1) 보험기간 중 피보험자가 '뇌심혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 상급종합병원에 입원하였을 경우
→ 뇌심혈관 입원급여금(병·의원), 뇌심혈관 입원급여금(종합병원) 및 뇌심혈관 입원급여금(상급종합병원) 지급

예2) 보험기간 중 피보험자가 '뇌심혈관질환'으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 종합병원(상급종합병원 제외)에 입원하였을 경우
→ 뇌심혈관 입원급여금(병·의원) 및 뇌심혈관 입원급여금(종합병원) 지급

예3) 보험기간 중 피보험자가 '뇌심혈관질환'으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 병·의원(종합병원 및 상급종합병원 제외)에 입원하였을 경우
→ 뇌심혈관 입원급여금(병·의원) 지급

⑥ 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 '뇌심혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받던 중 이전(移轉)하여 입원한 경우, 해당 이전(移轉)일(이전하여 입원한 날)에 대하여는 입원 1일에 해당하는 것으로 보아 제1항을 적용하며 이전(移轉)일 전후의 뇌심혈관 입원급여금이 상이한 경우에는 다음 각 호에 따라 뇌심혈관 입원급여금을 지급합니다.

1. **피보험자가 '병·의원(종합병원 및 상급종합병원 제외)'에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원(상급종합병원 제외)'에 해당하는 의료기관으로 이전하여 입원한 경우: 이전(移轉)일은 종합병원(상급종합병원 제외) 입원일수에 합산하며, 제4항에 따라 뇌심혈관 입원급여금(병·의원)과 뇌심혈관 입원급여금(종합병원)을 더하여 지급**
2. **피보험자가 '종합병원(상급종합병원 제외)'에 입원하여 치료를 받던 중 '병·의원(종합병원 및 상급종합병원 제외)'에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우: 이전(移轉)일은 종합병원(상급종합병원 제외) 입원일수에 합산하며, 제4항에 따라 뇌심혈관 입원급여금(병·의원)과 뇌심혈관 입원급여금(종합병원)을 더하여 지급**
3. **피보험자가 '상급종합병원 이외의 의료기관'에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원'에 해당하는 의료기관으로 이전하여 입원한 경우: 이전(移轉)일은 상급종합병원 입원일수에 합산하며, 제5항에 따라 뇌심혈관 입원급여금(병·의원), 뇌심혈관 입원급여금(종합병원) 및 뇌심혈관 입원급여금(상급종합병원)을 더하여 지급**
4. **피보험자가 '상급종합병원'에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 의료기관'에 해당하는 의료기관으로 이전하여 입원한 경우: 이전(移轉)일은 상급종합병원 입원일수에 합산하며, 제5항에 따라 뇌심혈관 입원급여금(병·의원), 뇌심혈관 입원급여금(종합병원) 및 뇌심혈관 입원급여금(상급종합병원)을 더하여 지급**

【제2-5조 제6항 관련 뇌심혈관 입원급여금 예시】
· 2024년 12월 1일에 종합병원(상급종합병원 제외) 입원 [입원기간 2024년 12월 1일 ~ 12월 20일]
· 2024년 12월 20일에 상급종합병원으로 이전 후 2024년 12월 24일에 퇴원
⇒ 종합병원 입원기간: 2024년 12월 1일 ~ 12월 19일 (총 19일)
상급종합병원 입원기간: 2024년 12월 20일 ~ 12월 24일 (총 5일)

⑦ 피보험자가 '뇌심혈관 입원급여금' 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 '뇌심혈관 입원급여금'을 지급합니다.

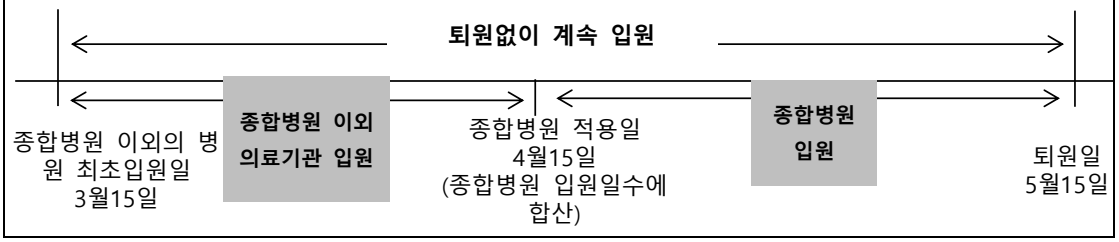
⑧ 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)의 '뇌심혈관 입원급여금'의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 '뇌심혈관 입원급여금'의 50%를 지급합니다. 다만, 최초 입원일이 계약일로부터 2년 미만에 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 2년 이후까지 계속되었을 경우, 2년 미만 기간의 '뇌심혈관 입원급여금'은 50%를 지급하며, 2년 이후 기간의 '뇌심혈관 입원급여금'은 100%를 지급합니다.

【예시】
계약일 : 2020년 5월 2일, 입원일 : 2022년 4월 20일부터 2022년 5월 10일,
보험가입금액이 3만원이고, 뇌심혈관질환을 원인으로 의료기관(종합병원 및 상급종합병원 제외)에 입

원한 경우
⇒ 2022년 5월 1일까지는 5천원, 2022년 5월 2일부터는 1만원을 기준으로 계산하여 '뇌심혈관 입원급여금'을 지급합니다.

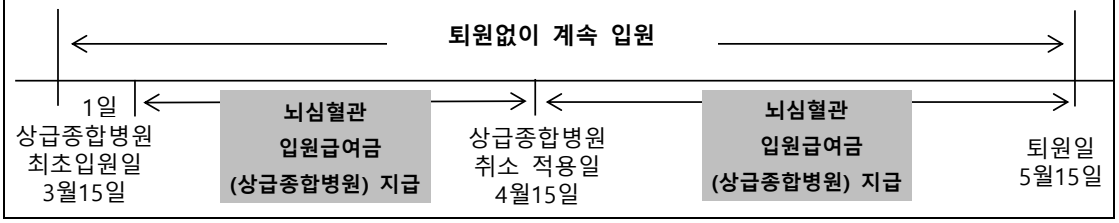
⑨ 제2-2조의6(법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 '종합병원 이외의 의료기관'에 입원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 종합병원으로 지정되는 경우, 또는 피보험자가 '상급종합병원 이외의 의료기관'에 입원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 상급종합병원으로 지정되는 경우에는 제1항 내지 제6항을 적용하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 '뇌심혈관 입원급여금'을 종합병원 적용일 또는 상급종합병원 적용일부터 지급합니다.

['종합병원 이외의 의료기관'에서 종합병원으로 지정된 경우 예시]



⑩ 피보험자가 종합병원(상급종합병원 제외)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우, 또는 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우에는 제1항 및 제2항을 적용하여 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2-3조(보험금의 지급사유)의 '뇌심혈관 입원급여금' 중 해당하는 '뇌심혈관 입원급여금'을 지급합니다. 다만, 제3항의 '새로운 입원'은 계속중인 입원으로 보지 않습니다.

[상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 예시]



⑪ 피보험자가 2가지 이상의 '뇌심혈관질환'으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원한 경우에는 하나의 '뇌심혈관질환'으로 인한 '뇌심혈관 입원급여금'을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 '뇌심혈관 입원급여금'의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에

는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

[심신상실] 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '입원치료확인서(상급종합병원 또는 종합병원 입원기간 기입), 사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이

내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. **소송제기**
2. **분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)**
3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**
5. **제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**
6. **제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제6항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우**

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ 제1항의 '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】
계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납
⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 3만원)

급부명칭	지급사유		경과기간	지급금액
뇌심혈관 입원급여금	보험기간 중 피보험자가 '뇌심혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일한도)	병·의원	2년미만	입원 1일당 5천원
			2년이상	입원 1일당 1만원
		종합병원	2년미만	입원 1일당 5천원
			2년이상	입원 1일당 1만원
		상급종합병원	2년미만	입원 1일당 5천원
			2년이상	입원 1일당 1만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. '뇌심혈관질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '특정순환계질환' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, '외상성 두개내 출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

3. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 입원일까지의 경과기간을 말합니다.

4. '뇌심혈관 입원급여금'의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

5. 제2-3조(보험금의 지급사유) 제2호의 지급사유가 발생한 경우에는 '뇌심혈관 입원급여금(종합병원)'과 '뇌심혈관 입원급여금(병·의원)'을 더하여 지급하며, 제2-3조(보험금의 지급사유) 제3호의 지급사유가 발생한 경우에는 '뇌심혈관 입원급여금(상급종합병원)'과 '뇌심혈관 입원급여금(종합병원)' 및 '뇌심혈관 입원급여금(병·의원)'을 더하여 지급합니다.

구분		상급종합병원 입원시	종합병원 (상급종합병원 제외) 입원시	병·의원(종합병원 및 상급종합병원 제외) 입원시
뇌심혈관 입원급여금	병·의원	지급	지급	지급
	종합병원	지급	지급	해당없음
	상급종합병원	지급	해당없음	해당없음

6. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

7. 이 계약에 있어서 '종합병원'은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

8. 이 계약에 있어서 '상급종합병원'은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의하여 보건복지부장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌심혈관 입원급여금 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

특정순환계질환 분류표

이 약관에서 규정하는 '뇌심혈관질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
심부전	I50
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
뇌혈관질환의 후유증	I69
대동맥동맥류 및 박리	I71
식도정맥류	I85
달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2*
달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3*

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, '외상성 두개내 출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

e뇌출혈 및 뇌경색증진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '뇌출혈 및 뇌경색증'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '뇌출혈 및 뇌경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌출혈 및 뇌경색증' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌출혈 및 뇌경색증'의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '뇌출혈 및 뇌경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 '뇌출혈 및 뇌경색증'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금의 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금의 50%를 지급합니다.

② 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망하고, 그 후에 '뇌출혈 및 뇌경색증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 '뇌출혈 및 뇌경색증'으로 진단이 확정된 경우에는 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 제2-12조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액이 지급된 경우에는 뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 계약자적립액을 차감하여 지급합니다.

④ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에

서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있

는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금

지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '뇌출혈 및 뇌경색증'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단확정일까지의 경과기간입니다.

3. 이 계약의 '뇌출혈 및 뇌경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌출혈 및 뇌경색증' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌출혈 및 뇌경색증 진단자금, (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.

2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

뇌출혈 및 뇌경색증 분류표

이 약관에서 규정하는 '뇌출혈 및 뇌경색증'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, '외상성 두개내 출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 아니합니다.

e뇌출혈진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '뇌출혈'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '뇌출혈'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌출혈' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매는 보장하지 않습니다.

② '뇌출혈'의 진단 확정은「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 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 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 '뇌출혈'로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌출혈 진단자금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단자금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 뇌출혈 진단자금의 50%를 지급합니다.

② 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망하고, 그 후에 '뇌출혈'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 '뇌출혈'으로 진단이 확정된 경우에는 뇌출혈 진단자금을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 제2-12조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액이 지급된 경우에는 뇌출혈 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 계약자적립액을 차감하여 지급합니다.

④ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하

며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

[심신상실] 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급 또는 보험료

납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
뇌출혈 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '뇌출혈'로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. '뇌출혈'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌출혈' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매는 보장하지 않습니다.

3. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간을 말합니다.

4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌출혈 진단자금 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

뇌출혈 분류표

이 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

e뇌혈관질환수술보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '뇌혈관질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, '외상성 두개내 출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단 확정은「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 2-2 조의 3 수술의 정의와 장소

① 이 계약에 있어서 '수술'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 피보험자에게 '뇌혈관질환'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '수술분류표'(별표 2-4 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.

③ 이 계약에서 '관혈수술' 및 '비관혈수술'은 다음과 같습니다.

1. '관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 행위 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말합니다. 다만, 대뇌내시경, 흉강경수술, 복강경수술은 관혈수술에 준합니다.
2. '비관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 행위 중 제1호에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

이 계약은 다음 각 호에 해당하는 총 2개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. **피보험자가 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 제2-2조의3(수술의 정의와 장소) 제3항 제1호에서 정한 '관혈수술'을 받았을 경우(최초 1회한): 뇌혈관질환 관혈수술자금 지급**
2. **피보험자가 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 제2-2조의3(수술의 정의와 장소) 제3항 제2호에서 정한 '비관혈수술'을 받았을 경우(최초 1회한): 뇌혈관질환 비관혈수술자금 지급**

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 이 계약의 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

② 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환 관혈수술자금 및 뇌혈관질환 비관혈수술자금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 뇌혈관질환 관혈수술자금 및 뇌혈관질환 비관혈수술자금의 50%를 지급합니다.

③ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

[심신상실] 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선검사 등), 수술확인서(수술기록지 등) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항

① 이 계약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장에 대해서 동일한 조건으로 가입하여야 합니다.

② 이 계약의 경우 제1-14조(계약내용의 변경) 제3항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

③ 제1-17조(제2회 이후 보험료의 납입) 제1항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 중 제2-12조(계약의 소멸) 제4항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】

부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 각 세부보장에서 보험금이 지급된 세부보장에 한하여 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 계약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(1) 뇌혈관질환 관혈수술자금

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
뇌혈관질환 관혈수술자금	피보험자가 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 '관혈수술'을 받았을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(2) 뇌혈관질환 비관혈수술자금

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
뇌혈관질환 비관혈수술자금	피보험자가 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 '비관혈수술'을 받았을 경우(최초 1회한)	2년미만	250만원
		2년이상	500만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. '뇌혈관질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

3. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 수술일까지의 경과기간을 말합니다.

4. '관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 행위 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말합니다. 다만, 대뇌내시경, 흉강경수술, 복강경수술은 관혈수술에 준합니다.

5. '비관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 행위 중 주4)에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

6. 이 계약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환 관혈수술자금, 뇌혈관질환 비관혈수술자금, (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

뇌혈관질환 분류표

이 약관에서 규정하는 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병은 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, '외상성 두개내 출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【 별표 2-4 】

수술분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수술명
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎡이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)
	2. 피부이식수술(25㎡미만인 경우)
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant)등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것] 11-2. 기타 사지(四肢) 절단수술
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술 13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술
	17. 편도, 아데노이드 절제수술
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술

구 분	수술명
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	25. 심막(心膜) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]
	27. 심장 이식수술[수용자에 한함]
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
	29. 비장(脾腸) 절제수술
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	34. 기타의 위·식도 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]
	37. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]
	38. 췌장 이식수술[개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈 근본수술은 제외
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계·생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]
	46. 요도 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]
	47. 방광류·요실금 교정수술
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]
	49. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정삭(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	51. 음낭관혈수술
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)

구 분	수술명
비뇨기계·생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	55. 질탈(膣脫)근본수술
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술
	58. 부신(副腎) 절제수술
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	60. 신경(神經) 관혈수술
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼瞼下垂症)수술(안검내반증 제외)
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술
	68. 각막, 공막 이식수술
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)
	76. 안와내종양절제수술
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)
	78. 안근(眼筋)관혈수술
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)
	81. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]

구 분	수술명
청각기(聽覺器)의 수술	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] 88-1. 뇌, 심장 88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락

(주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성 신생물 치료 목적의 수술

수술명
1. 관혈적 악성 신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
3. 상기 이외의 기타 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

(주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법('도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술' 등)은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성 신생물 근치수술에 준하여 관혈수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 관혈수술로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성 신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
1. 악성 신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]
2. 두개내신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '수술분류표'에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 '수술분류표'에서 정한 행위 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성 신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성 신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. '수술분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
   '수술분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) '수술분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '수술분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 '수술분류표' 중 '일반 질병 및 재해 치료목적의 수술' 88항 (악성 신생물의 경우는 '악성 신생물 치료 목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입

니다.

7. '두개내신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢查) 등]
   5) 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술

e뇌혈관질환진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '뇌혈관질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단 확정은「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 진단자금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환 진단자금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 뇌혈관질환 진단자금의 50%를 지급합니다.

② 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망하고, 그 후에 '뇌혈관질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정된 경우에는 뇌혈관질환 진단자금을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 제2-12조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액이 지급된 경우에는 뇌혈관질환 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 계약자적립액을 차감하여 지급합니다.

④ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에

서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

[심신상실] 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 의사소견서(회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해

약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
뇌혈관질환 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. '뇌혈관질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

3. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간을 말합니다.

4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환 진단자금 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

.

【 별표 2-3 】

뇌혈관질환 분류표

이 약관에서 규정하는 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병은 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

e뇌혈관질환통원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '뇌혈관질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 2-2 조의 3 '통원'의 정의와 장소

이 계약에 있어서 '통원'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 피보험자에게 '뇌혈관질환'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서, 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 '뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에서 통원치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 통원자금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(1일 1회한, 연간 30회를 한도로 함)

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환 통원자금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 뇌혈관질환 통원자금의 50%를 지급합니다.

② 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환 통원자금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

③ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한

시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

   [심신상실]
   정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태
2. **보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우**
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. **계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우**

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '통원치료확인서, 사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. **소송제기**
2. **분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)**
3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**
5. **제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**
6. **제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우**

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.**

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
뇌혈관질환통원자금	보험기간 중 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 '뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한)	2년미만	1회당 5천원
		2년이상	1회당 1만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. '뇌혈관질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '뇌혈관질환' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

3. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 통원일까지의 경과기간을 말합니다.

4. 뇌혈관질환 통원자금 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

5. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환 통원자금 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

.

【 별표 2-3 】

뇌혈관질환 분류표

이 약관에서 규정하는 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

e상급종합병원 암직접치료통원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

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

1. 암보장개시일: 제2-2조의2('암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표'(별표 2-3 참조)에서 정한 질병에서 다음 각 호를 제외한 질병을 말합니다.

1. 기타피부암 : 제2-2조의3(기타피부암의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병
2. 대장점막내암 : 제2-2조의4(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

② 제1항의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차

개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-2 조의 3 기타피부암의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 제1항에서 정한 기타피부암의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 2-2 조의 4 대장점막내암의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

② 제1항에서 정한 대장점막내암의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

제 2-2 조의 5 제자리암의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)(별표 2-4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2-2조의6(대장점막내암의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② 제1항에서 정한 제자리암의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-2 조의 6 경계성종양의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 2-5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항에서 정한 경계성종양의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '경계성종양'의

진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-2 조의 7 통원의 정의와 장소

이 계약에 있어서 '통원'이라 함은 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서, 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-2 조의 8 상급종합병원의 정의

이 계약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 지정된 상급종합병원을 말합니다.

【「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 2-2 조의 9 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료'의 정의

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

【신의료기술평가위원회】

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

② '암 등의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
③ '암 등의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입

증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암 등의 직접적인 치료'로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 2-2 조의 10 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제2-2조의8(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 「의료법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 제도가 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 제도의 변경으로 제2-2조의8(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

【예시】 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'(이하, '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 계약자는 계약내용 변경일부터 그날을 포함하여 90일 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약내용 변경일 이후 계약자가 실제 납입한 이 계약의 보험료를 돌려드립니다.

⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제2-3조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 기준에 따라 이미 보험금

지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 제2-2조의8(상급종합병원의 정의)에서 정한 '상급종합병원'지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암(기타피부암, 대장점막내암 제외)은 암보장개시일) 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한) : 상급종합병원 암통원자금
2. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한) : 상급종합병원 통원자금

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

② 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 '상급종합병원 암통원자금'의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

③ 제2-3조(보험금의 지급사유) 제2호 '상급종합병원 통원자금'의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

④ 제2-2조의10(법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 '상급종합병원 이외의 의료기관'에 통원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 상급종합병원으로 지정되는 경우, 제2-3조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원 암통원자금' 및 '상급종합병원 통원자금'을 상급종합병원 지정적용일부터 지급합니다.

⑤ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원 암통원자금' 및 '상급종합병원 통원자금'을 지급합니다.

⑥ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】 **정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태**

2. **보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우**
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. **계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우**

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 진단서(병명기입), 통원치료확인서, 장해진단서 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접

수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. **소송제기**
2. **분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)**
3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**
5. **제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**
6. **제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제6항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우**

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 "계약의 무효"에 대한 특칙

① 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-2조의2('암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'으로 진단이 확정된 경우에는 이 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니

다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】

부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙

제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2-2조의2('암(기타피부암 및 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 대장점막내암 제외)'에 대한 회사의 보장개시일은 제2-1조(용어의 정의) 제1호의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙

제1-20조(보험료 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제2항에도 불구하고, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될

경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 10만원)

급부명칭	지급사유	지급금액	
		경과기간	
상급종합병원 암통원자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한)	2년미만	1회당 5만원
		2년이상	1회당 10만원
상급종합병원 통원자금	보험기간 중 피보험자가 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한)	2년미만	1회당 2만5천원
		2년이상	1회당 5만원

주) 1. 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 이 계약의 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 상급종합병원 암통원자금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

4. 상급종합병원 통원자금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

5. '대장점막내암'(제2-2조의4(대장점막내암의 정의 및 진단확정) 참조)은 '제자리암'(제2-2조의5(제자리암의 정의 및 진단확정) 참조)에 포함되지 않습니다.

6. 이 계약에 있어서 '상급종합병원'은「의료법」제3조의4(상급종합병원 지정)에 의하여 보건복지부장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

7. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 통원일까지의 경과기간을 말합니다.

8. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 소멸 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
상급종합병원 암통원자금, 상급종합병원 통원자금 (제2-3조) 소멸 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성 신생물	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
8. 유방의 악성 신생물	C50
9. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
10. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
11. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
13. 갑상선의 악성 신생물	C73
14. 부신의 악성 신생물	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【 별표 2-4 】

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제2-2조의4(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외됩니다.

【 별표 2-5 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

e심장질환수술보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '심장질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '심장질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 심장질환 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '심장질환'의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·이학적검사(진찰)와 함께 혈액검사(심근조직검사, 심근효소검사 등), 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 흉부X선검사, 흉부전산화단층촬영(CT), 흉부자기공명영상(MRI) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 계약의 보험기간 중 '심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인(死因)이 '심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-2 조의 3 수술의 정의와 장소

① 이 계약에 있어서 '수술'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 피보험자에게 '심장질환'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '수술분류표'(별표 2-4 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.

③ 이 계약에서 '관혈수술' 및 '비관혈수술'은 다음과 같습니다.

1. '관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 행위 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말합니다. 다만, 대뇌내시경, 흉강경수술, 복강경수술은 관혈수술에 준합니다.
2. '비관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 행위 중 제1호에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

이 계약은 다음 각 호에 해당하는 총 2개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. **보험기간 중 피보험자가 '심장질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 제2-2조의3(수술의 정의와 장소) 제3항 제1호에서 정한 '관혈수술'을 받았을 경우(최초 1회한): 심장질환 관혈수술자금 지급**
2. **보험기간 중 피보험자가 '심장질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 제2-2조의3(수술의 정의와 장소) 제3항 제2호에서 정한 '비관혈수술'을 받았을 경우(최초 1회한): 심장질환 비관혈수술자금 지급**

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 이 계약의 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

② 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환 관혈수술자금 및 심장질환 비관혈수술자금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 심장

질환 관혈수술자금 및 심장질환 비관혈수술자금의 50%를 지급합니다.

③ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지

급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선검사 등), 수술확인서(수술기록지 등) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항

① 이 계약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장에 대해서 동일한 조건으로 가입하여야 합니다.

② 이 계약의 경우 제1-14조(계약내용의 변경) 제3항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

③ 제1-17조(제2회 이후 보험료의 납입) 제1항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 중 제2-12조(계약의 소멸) 제4항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】

부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 각 세부보장에서 보험금이 지급된 세부보장에 한하여 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 계약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(1) 심장질환 관혈수술자금

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
심장질환 관혈수술자금	보험기간 중 피보험자가 '심장질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 '관혈수술'을 받았을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(2) 심장질환 비관혈수술자금

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
심장질환 비관혈수술자금	보험기간 중 피보험자가 '심장질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 '비관혈수술'을 받았을 경우(최초 1회한)	2년미만	250만원
		2년이상	500만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 수술일까지의 경과기간입니다.

3. 이 계약의 '심장질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 심장질환 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

4. '관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 행위 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말합니다. 다만, 대뇌내시경, 흉강경수술, 복강경수술은 관혈수술에 준합니다.

5. '비관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 행위 중 주4)에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

6. 이 계약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
심장질환 관혈수술자금, 심장질환 비관혈수술자금, (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.

2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

심장질환 분류표

이 약관에서 규정하는 '심장질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52
[A18.83† : 심장의 결핵] - 심근의 결핵(I41.0*) - 심내막의 결핵(I39.8*) - 심장막의 결핵(I32.0*)	A18.83†
[A39.5† : 수막알균성 심장병] - 수막알균성 심근염(I41.0*) - 수막알균성 심내막염(I39.8*) - 수막알균성 심장막염(I32.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
[B37.6† : 칸디다심내막염(I39.8*)]	B37.6†

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 2-4 】

수술분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수술명
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎡이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)
	2. 피부이식수술(25㎡미만인 경우)
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant)등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것] 11-2. 기타 사지(四肢) 절단수술
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술 13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술
	17. 편도, 아데노이드 절제수술
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술

구 분	수술명
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	25. 심막(心膜) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]
	27. 심장 이식수술[수용자에 한함]
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
	29. 비장(脾腸) 절제수술
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	34. 기타의 위·식도 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]
	37. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]
	38. 췌장 이식수술[개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈 근본수술은 제외
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계·생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]
	46. 요도 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]
	47. 방광류·요실금 교정수술
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]
	49. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정삭(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	51. 음낭관혈수술
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)

구 분	수술명
비뇨기계·생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	55. 질탈(膣脫)근본수술
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술
	58. 부신(副腎) 절제수술
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	60. 신경(神經) 관혈수술
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼瞼下垂症)수술(안검내반증 제외)
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술
	68. 각막, 공막 이식수술
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)
	76. 안와내종양절제수술
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)
	78. 안근(眼筋)관혈수술
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)
	81. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]

구 분	수술명
청각기(聽覺器)의 수술	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] 88-1. 뇌, 심장 88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락

(주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성 신생물 치료 목적의 수술

수술명
1. 관혈적 악성 신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
3. 상기 이외의 기타 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

(주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법('도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술' 등)은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성 신생물 근치수술에 준하여 관혈수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 관혈수술로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성 신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
1. 악성 신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]
2. 두개내신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '수술분류표'에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 '수술분류표'에서 정한 행위 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성 신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성 신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. '수술분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
   '수술분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) '수술분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '수술분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 '수술분류표' 중 '일반 질병 및 재해 치료목적의 수술' 88항 (악성 신생물의 경우는 '악성 신생물 치료 목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입

니다.

7. '두개내신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢查) 등]
   5) 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술

e암다빈치로봇수술보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

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

1. 암보장개시일: 제2-2조의2('암(갑상선암 및 전립선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', 제2-2조의3('갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '갑상선암', 제2-2조의4('전립선암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '전립선암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표'(별표 2-3 참조)에서 정한 질병에서 다음 각 호를 제외한 질병을 말합니다.

1. 갑상선암 : 제2-2조의3('갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병
2. 전립선암 : 제2-2조의4('전립선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition of condition with malignant potential)

② 제1항의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration

biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)]에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-2 조의 3 '갑상선암'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 제1항에서 정한 '갑상선암'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유

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

제 2-2 조의 4 '전립선암'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '전립선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 제1항에서 정한 '전립선암'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)]에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '전립선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 전립선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 2-2 조의 5 수술의 정의와 장소

① 이 계약에 있어서 '수술'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술을 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술, '항암약물치료' 및

'방사선치료'(「악성 신생물(암) 근치・두개내신생물 근치 방사선 조사」는 제외)는 '수술'에서 제외합니다.
③ 제2항의 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
④ 제2항의 '방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.
⑤ 제2항의 '악성 신생물(암) 근치・두개내신생물 근치 방사선 조사'는 '악성 신생물(암) 근치 방사선 조사'(5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, '악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)'를 포함합니다) 및 '두개내신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'를 말합니다.
⑥ 제5항의 '악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
⑦ 제5항의 '두개내신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2-2 조의 6 '다빈치로봇 수술'의 정의

이 계약에 있어서 '다빈치로봇 수술'이라 함은 제2-2조의2('암(갑상선암 및 전립선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', 제2-2조의3('갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '갑상선암' 및 제2-2조의4('전립선암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술 도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

제 2-3 조 보험금의 지급사유

이 계약은 다음 각 호에 해당하는 총 2개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 계약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자에게 아래 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇 수술'을 받았을 경우(최초 1회한) : '암 다빈치로봇 수술자금' 지급**
2. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇 수술'을 받았을 경우(최초 1회한) : '갑상선암 및 전립선암 다빈치로봇 수술자금 지급**

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 계약일부터 180일 이내 보험금 발생시 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 25%를 지급합니다.

② 이 계약의 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는

보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 조직검사결과지(암진단 확인용), 수술기록지, 사망진단서, 장해진단서 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항

① 이 계약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장에 대하여 동일한 조건으로 가입하여야 합니다.

② 이 계약의 경우 제1-14조(계약내용의 변경 등) 제3항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

③ 제1-17조(제2회 이후 보험료의 납입) 제1항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 중 제2-12조(계약의 소멸) 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 2-11 조의 3 "계약의 무효"에 대한 특칙

① 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-2조의2('암(갑상선암 및 전립선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'으로 진단이 확정된 경우에는 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암 다빈치로봇 수술자금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다(다만, 나머지 세부보장에 대해서는 유효한 계약으로 봅니다).

② 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-2조의3('갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 및 제2-2조의4('전립선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단이 확정된 경우에는 제2-3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 갑상선암 및 전립선암 다빈치로봇 수술자금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다(다만, 나머지 세부보장에 대해서는 유효한 계약으로 봅니다).

③ 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항 내지 제2항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 소멸 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 각 세부보장에서 보험금이 지급된 세부보장에 한하여 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

④ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙

제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2-2조의2('암(갑상선암 및 전립선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', 제2-2조의3('갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '갑상선암', 제2-2조의4('전립선암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '전립선암'에 대한 회사의 보장개시일은 제2-1조(용어의 정의) 제1호의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙

제1-20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제2항에도 불구하고, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 계약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】
1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상

품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】
계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납
⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(1) 암 다빈치로봇 수술자금

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
암 다빈치 로봇 수술자금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 '다빈치로봇 수술'을 받았을 경우(단, 최초 1회한)	2년미만	500만원 ※ 단, 계약일부터 180일이내 암 다빈치 로봇 수술시 250만원
		2년이상	1,000만원

(2) 갑상선암 및 전립선암 다빈치로봇 수술자금

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
갑상선암 및 전립선암 다빈치로봇 수술자금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 '다빈치로봇 수술'을 받았을 경우(단, 최초 1회한)	2년미만	125만원 ※ 단, 계약일부터 180일 이내 갑상선암 또는 전립선암 다빈치 로봇 수술시 62만 5천원
		2년이상	250만원

주) 1. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 다빈치로봇 수술일까지의 경과기간입니다.

2. 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. 이 계약의 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

4. 이 계약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

5. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 소멸 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암 다빈치로봇 수술자금, 갑상선암 및 전립선암 다빈치로봇 수술자금 (제2-3조), 소멸 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성 신생물	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
8. 유방의 악성 신생물	C50
9. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
10. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
11. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
13. 갑상선의 악성 신생물	C73
14. 부신의 악성 신생물	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

e암수술보장보험Ⅱ(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

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

1. 암보장개시일: 제2-2조의2('암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표'(별표 2-3 참조)에서 정한 질병에서 다음 각 호를 제외한 질병을 말합니다.

1. 기타피부암 : 제2-2조의3('기타피부암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 질병
2. 대장점막내암 : 제2-2조의4('대장점막내암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

② 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine

Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-2 조의 3 '기타피부암'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 제1항에서 정한 '기타피부암'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제1항에서 정한 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 2-2 조의 4 '대장점막내암'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

② 제1항에서 정한 '대장점막내암'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제1항에서 정한 '대장점막내암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

제 2-2 조의 5 '제자리암'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)'(별표 2-4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2-2조의4('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② 제1항에서 정한 '제자리암'의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제1항에서 정한 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-2 조의 6 '경계성종양'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'(별표 2-5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항에서 정한 '경계성종양'의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '경계성종양'의

진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제1항에서 정한 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-2 조의 7 수술의 정의와 장소

① 이 계약에 있어서 '수술'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)', '기타피부암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '수술분류표'(별표 2-6 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.
③ 이 계약에서 '관혈수술' 및 '비관혈수술'은 다음과 같습니다.

1. '관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-6 참조)에서 정한 행위 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말합니다. 다만, 대뇌내시경, 흉강경수술, 복강경수술 및 제2-2조의8('조혈모세포이식수술'의 정의)에서 정한 조혈모세포이식수술은 관혈수술에 준합니다.
2. '비관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-6 참조)에서 정한 행위 중 제1호에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2-2 조의 8 '조혈모세포이식수술'의 정의

이 계약에 있어서 '조혈모세포이식(hematopoietic stem cell transplantation)'이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술로서 '장기등 이식에 관한 법률'에 따라 정부에서 인정한 무균입원실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈 조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. '동종(allogenic)골수조혈모세포이식'이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. '동종(allogenic)말초조혈모세포이식'이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. '자가(autologous)골수조혈모세포이식'이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. '자가(autologous)말초조혈모세포이식'이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. '제대혈조혈모세포이식'이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

① 회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암(기타피부암, 대장점막내암 제외)은 암보장개시일) 이후에 암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 '수술분류표'(별표 2-6 참조)에서 정한 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 '암수술자금'(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 치료 목적을 위하여 일련의 수술을 받은 경우는 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급합니다.(비관혈수술에 한함)

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 암수술자금의 50%를 지급합니다.

② 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 회사는 피보험자가 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 암수술자금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 암수술자금을 지급합니다.

> **【동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우】**
> 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 가지 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

④ 제3항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑤ 피보험자가 제2-3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 수술을 60일 이내에 2회 이상 받은 경우, 해당 수술이 수술분류표(별표 2-6 참조)에서 정한 기준에 따라 1회로 간주되는 경우에는 1회의 암수술자금을 지급하며 해당 수술은 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)

상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

[심신상실] 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부, 수술확인서 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보

험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. **소송제기**
2. **분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)**
3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**
5. **제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**
6. **제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제2항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우**

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 "계약의 무효"에 대한 특칙

① 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-2조의2('암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'으로 진단이 확정된 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】

부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙

제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2-2조의2('암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'에 대한 회사의 보장개시일은 제2-1조(용어의 정의) 제1호의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙

제1-20조(보험료 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제2항에도 불구하고, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】
계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납
⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 500만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액	
암수술자금	보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암(기타피부암, 대장점막내암 제외)은 암보장개시일) 이후에 암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 '수술분류표'(별표 2-6 참조)에서 정한 수술을 받았을 경우 ※ 대뇌내시경, 흉강경수술, 복강경수술 및 조혈모세포이식수술은 관혈수술에 준합니다.	2년미만	관혈수술	1회당 250만원
			비관혈수술	1회당 50만원
		2년이상	관혈수술	1회당 500만원
			비관혈수술	1회당 100만원

주) 1. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 수술일까지의 경과기간을 말합니다.

2. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

4. '대장점막내암'(제2-2조의4('대장점막내암'의 정의 및 진단 확정) 참조)은 '제자리암'(제2-2조의5('제자리암'의 정의 및 진단 확정) 참조)에 포함되지 않습니다.

5. '관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-6 참조)에서 정한 행위 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말합니다. 다만, 대뇌내시경, 흉강경수술, 복강경수술 및 제2-2조의8('조혈모세포이식수술'의 정의)에서 정한 조혈모세포이식수술은 관혈수술에 준합니다.

6. '비관혈수술'이라 함은 수술분류표(별표 2-6 참조)에서 정한 행위 중 주5)에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

7. 피보험자가 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 암수술자금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 가지 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 암수술자금을 지급합니다.

8. 피보험자가 제2-3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 수술을 60일 이내에 2회 이상 받은 경우, 해당 수술이 수술분류표(별표 2-6 참조)에서 정한 기준에 따라 1회로 간주되는 경우에는 1회의 암수술자금을 지급하며 해당 수술은 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

9. 동일한 치료 목적을 위하여 일련의 수술을 받은 경우는 1회의 수술로 간주하여 1회의 암수술자금을 지급합니다.(비관혈수술에 한함)

10. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암수술자금 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성 신생물	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
8. 유방의 악성 신생물	C50
9. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
10. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
11. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
13. 갑상선의 악성 신생물	C73
14. 부신의 악성 신생물	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【 별표 2-4 】

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제2-2조의4('대장점막내암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외됩니다.

【 별표 2-5 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

【 별표 2-6 】

수술분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수술명
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎡이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)
	2. 피부이식수술(25㎡미만인 경우)
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant)등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것] 11-2. 기타 사지(四肢) 절단수술
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술 13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술
	17. 편도, 아데노이드 절제수술
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술

구 분	수술명
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	25. 심막(心膜) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]
	27. 심장 이식수술[수용자에 한함]
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
	29. 비장(脾腸) 절제수술
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	34. 기타의 위·식도 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]
	37. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]
	38. 췌장 이식수술[개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈 근본수술은 제외
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계·생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]
	46. 요도 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]
	47. 방광류·요실금 교정수술
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]
	49. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정삭(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	51. 음낭관혈수술
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)

구 분	수술명
비뇨기계·생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	55. 질탈(膣脫)근본수술
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술
	58. 부신(副腎) 절제수술
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	60. 신경(神經) 관혈수술
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼瞼下垂症)수술(안검내반증 제외)
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술
	68. 각막, 공막 이식수술
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)
	76. 안와내종양절제수술
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)
	78. 안근(眼筋)관혈수술
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)
	81. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]

구 분	수술명
청각기(聽覺器)의 수술	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] 88-1. 뇌, 심장 88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락

(주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성 신생물 치료 목적의 수술

수술명
1. 관혈적 악성 신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
3. 상기 이외의 기타 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

(주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성 신생물 근치수술에 준하여 관혈수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양,

제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.

- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 관혈수술로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성 신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
1. 악성 신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]
2. 두개내신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '수술분류표'에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '수술'에서 제외합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 '수술분류표'에서 정한 행위 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성 신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성 신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. '수술분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
   '수술분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) '수술분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '수술분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 '수술분류표' 중 '일반 질병 및 재해 치료목적의 수술' 88항 (악성 신생물의 경우는 '악성 신생물 치료 목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]
   5) 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술

e암주요치료보장보험[암(기타피부암·갑상선암 제외)](연1회)(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

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

1. 암보장개시일: 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 등의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표'(별표 2-3참조)에서 정한 질병에서 다음 각 호를 제외한 질병을 말합니다.

1. 기타피부암 : 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)
2. 갑상선암 : 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

② 제1항의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration

biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)]에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-2 조의 3 '암 수술'의 정의와 장소

이 계약에 있어서 '암 수술'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회<향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관>로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술, '항암약물치료', '항암방사선치료'는 '암 수술'에서 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

【수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)】

변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 4 '항암약물치료'의 정의

이 계약에 있어서 '항암약물치료'라 함은「의료법」제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학

요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-2 조의 5 '항암방사선치료'의 정의

이 계약에 있어서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 2-2 조의 6 '암 주요치료'의 정의

① 이 계약에 있어서 '암 주요치료'라 함은 '암 수술', '항암약물치료', '항암방사선치료'를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 호르몬 관련 치료제는 '암 주요치료'에 포함되지 않습니다.

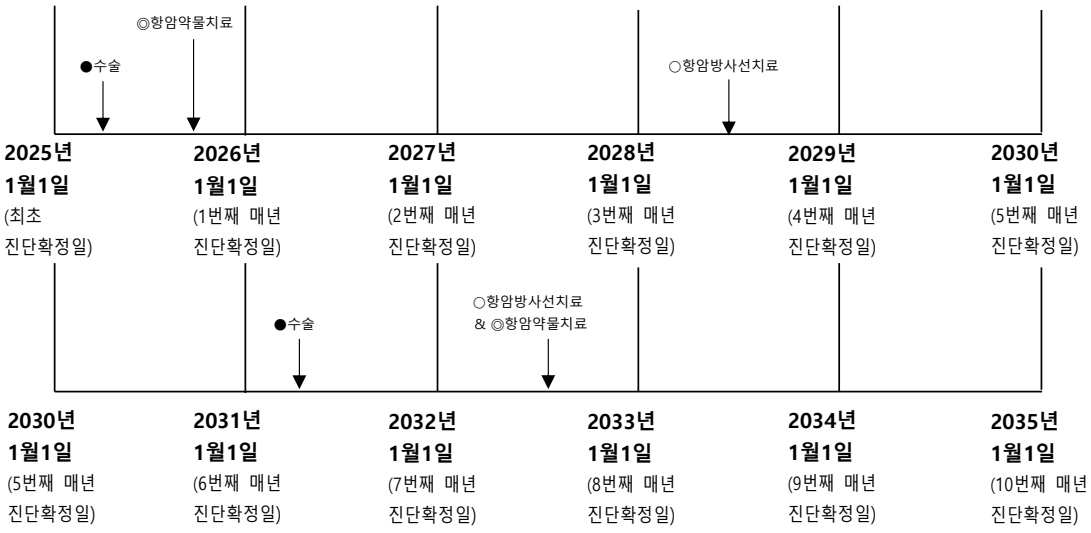
제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 최초 진단이 확정되고, 최초 진단 확정된 날(이하 '최초 진단확정일'이라 합니다)부터 이후 매 1년마다 도래하는 진단확정일(이하 '매년 진단확정일'이라 합니다)의 전일까지 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 '암 주요치료'('암 수술', '항암약물치료', '항암방사선치료') 중 어느 하나의 치료를 받은 경우 보험수익자에게 암주요치료자금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 매년 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급))

【보험금 지급 예시(최초 진단확정일이 계약일부터 2년 미만인 경우)】

예) 계약일 : 2024년 8월 1일, 보험가입금액 1,000만원 기준

대장암 최초 진단확정일 : 2025년 1월 1일



진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
수술 **500만원 지급**	-	-	항암방사선치료 **500만원 지급**	-
항암약물치료 **지급 X** ※매년 1회한도 초과	-	-	-	-
진단후 6차년도	진단후 7차년도	진단후 8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
-	수술 **500만원 지급**	항암방사선치료 **500만원 지급**	-	-
-	-	항암약물치료 **지급 X** ※매년 1회한도 초과	-	-

※ 2025년 1월 1일 대장암 최초 진단 이후 대장암 이외의 암을 최초 진단 받더라도 보험금 지급대상은 2025년 1월 1일로부터 10년입니다.

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제2-2조의2('암(기타피부암, 갑상선암 제외)' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 갑상선암 제외)'으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 최초 진단확정일이 계약일부터 2년미만인 경우, 보험금 지급사유가 계약일로부터 2년이 경과되어 발생하더라도 최초 진단확정일이 계약일부터 2년 이상인 경우에

지급하는 암주요치료자금의 50%로 계속 지급합니다.

② 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 매년 진단확정일이 해당월에 없는 경우 해당월의 말일을 매년 진단확정일로 합니다.

【매년 진단확정일이 없는 달의 예시】
최초 진단확정일: 2024년 2월 29일일때, 2025년의 매년 진단확정일은 2025년 2월 28일로 함

③ 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 최초 진단이 확정된 경우 이 계약의 보험기간은 10번째 매년 진단확정일의 전일까지로 합니다.

【최초 진단확정된 경우 보험기간 예시】
계약일: 2022년 8월 1일, 40세 가입, 100세만기, 보험기간: 2082년 7월 31일
2071년 1월 1일에 최초 진단확정된 경우, 보험기간: 2080년 12월 31일까지

④ 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 '어느 하나의 치료를 받은 경우'의 기준일은 '암 수술'은 수술개시일자, '항암약물치료'는 항암약물투여일자, '항암방사선치료'는 항암방사선치료일자로 합니다.

⑤ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부, 수술확인서(수술기록지 등), 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 검사결과지(조직검사, 방사선검사 등) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제8항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보

전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

① 이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 최초 진단이 확정된 경우 이 계약의 보험기간은 10번째 매년 진단확정일의 전일까지로 합니다.

제 2-11 조의 2 "계약의 무효"에 대한 특칙

① 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 진단이 확정된 경우에는 이 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】

부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙

제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'에 대한 회사의 보장개시일은 제2-1조(용어의 정의) 제1호의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙

제1-20조(보험료 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제2항에도 불구하고, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고, 계약자가 암보장개시일 이후 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 최초 진단 확정된 이후 해약환급금을 청구하는 경우 계약자는 진단확인서, 진료기록부 등을 제출해야 합니다. 다만, 청구일 전일 이전에 진단확인서, 진료기록부 등을 이미 제출한 경우에는 해당하지 않습니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 이 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항에도 불구하고 암보장개시일 이후 제2-2조의2(('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 최초 진단 확정된 이후 해지되는 경우 해약환급금은 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 최초 진단 확정된 이후의 '표준형'의 해약환급금

과 동일한 금액으로 합니다.

③ 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

④ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
암주요치료자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 최초 진단이 확정되고, 최초 진단확정일로부터 이후 매년 진단확정일의 전일까지 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 '암 주요치료'('암 수술', '항암약물치료', '항암방사선치료') 중 어느 하나의 치료를 받은 경우 (최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 매년 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급))	2년미만	매년(매회) 500만원
		2년이상	매년(매회) 1,000만원

주) 1. 이 계약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제2-2조의2('암(기타피부암, 갑상선암 제외)' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 갑상선암 제외)'으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 암보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

4. 매년 진단확정일이 해당월에 없는 경우 해당월의 말일을 매년 진단확정일로 합니다.

5. 암보장개시일 이후에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 최초 진단이 확정된 경우 이 계약의 보험기간은 10번째 매년 진단확정일의 전일까지로 합니다.

6. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

7. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 최초 진단확정일까지의 경과기간을 말합니다.

8. 계약일부터 2년미만에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 최초 진단이 확정된 경우, 보험금 지급사유가 계약일로부터 2년이 경과되어 발생하더라도 상기 보험금 지급기준표의 2년미만에 해당하는 보험금으로 계속 지급합니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
암주요치료자금 (제2-3조), 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성 신생물	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
8. 유방의 악성 신생물	C50
9. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
10. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
11. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
13. 갑상선의 악성 신생물	C73
14. 부신의 악성 신생물	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

e암직접치료통원보장보험Ⅱ(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

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

1. 암보장개시일: 제2-2조의2('암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표'(별표 2-3 참조)에서 정한 질병에서 다음 각 호를 제외한 질병을 말합니다.

1. 기타피부암 : 제2-2조의3(기타피부암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병
2. 대장점막내암 : 제2-2조의4(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

② 제1항의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차

개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-2 조의 3 기타피부암의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 제1항에서 정한 기타피부암의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 2-2 조의 4 대장점막내암의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

② 제1항에서 정한 대장점막내암의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

제 2-2 조의 5 제자리암의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)(별표 2-6 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2-2조의6(대장점막내암의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② 제1항에서 정한 제자리암의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-2 조의 6 경계성종양의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 2-7 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항에서 정한 경계성종양의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle

Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-2 조의 7 통원의 정의와 장소

이 계약에 있어서 '통원'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서, 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-2 조의 8 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료'의 정의

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

【신의료기술평가위원회】
「의료법」제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암 등의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암 등의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암 등의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암(기타피부암, 대장점막내암 제외)은 암보장개시일) 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한) : 암통원자금**

2. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한) : 통원자금

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 '암통원자금'의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

② 제2-3조(보험금의 지급사유) 제2호 '통원자금'의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

③ 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에

서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 통원치료확인서, 장해진단서, 진단서(병명기입)'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있

는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙

제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2-2조의2('암(기타피부암 및 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 대장점막내암 제외)'에 대한 회사의 보장개시일은 제2-1조(용어의 정의) 제1호의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙

제1-20조(보험료 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제2항에도 불구하고, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 2만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
암 통원자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한)	2년미만	1회당 1만원
		2년이상	1회당 2만원
통원자금	보험기간 중 피보험자가 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한)	2년미만	1회당 5천원
		2년이상	1회당 1만원

주) 1. 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 암통원자금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

4. 통원자금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

5. '대장점막내암'(제2-2조의4(대장점막내암의 정의 및 진단 확정) 참조)은 '제자리암'(제2-2조의5(제자리암의 정의 및 진단 확정) 참조)에 포함되지 않습니다.

6. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 통원일까지의 경과기간을 말합니다.

7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암통원자금, 통원자금 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.

2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성 신생물	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
8. 유방의 악성 신생물	C50
9. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
10. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
11. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
13. 갑상선의 악성 신생물	C73
14. 부신의 악성 신생물	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【 별표 2-4 】

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제2-2조의4(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외됩니다.

【 별표 2-5 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

e암진단보장보험Ⅱ(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

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

1. 암보장개시일: 제2-2조의2('암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)' 및 제2-2조의3('소액암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '소액암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성 신생물 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병에서 다음 각 호를 제외한 질병을 말합니다.

1. 직·결장암 : 직·결장암 분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 질병
2. 유방암 : 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성 신생물)
3. 여성생식기암 : 여성생식기암 분류표(별표 2-5 참조)에서 정한 질병

4. 전립선암 : 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)
5. 기타피부암 : 제2-2조의4(기타피부암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병
6. 중증이외의 갑상선암 : 제2-2조의5(중증이외의 갑상선암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병
7. 대장점막내암 : 제2-2조의6(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병
8. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

② 제1항의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-2 조의 3 '소액암'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암'이라 함은 다음 각 호에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

1. 직·결장암 : 직·결장암 분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 질병
2. 유방암 : 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성 신생물)
3. 여성생식기암 : 여성생식기암 분류표(별표 2-5 참조)에서 정한 질병
4. 전립선암 : 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)

② 제1항에서 정한 '직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암'을 이 계약에 있어서 '소액암'이라 합니다.

③ 제2항에서 정한 '소액암'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle

Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '소액암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제2항에서 정한 '소액암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 2-2 조의 4 기타피부암의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
② 기타피부암의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유

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

제 2-2 조의 5 중증이외의 갑상선암의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '중증이외의 갑상선암'이라 함은 제2항에서 정한 '갑상선암'에서 다음 각 호를 제외한 암을 말합니다.

1. 중증 갑상선암 : 제2항에서 정한 '갑상선암' 중에서 '수질암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(미분화암, Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병
2. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 계약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 정한 '중증이외의 갑상선암'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 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 하여, 이 경우 '중증이외의 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제1항에서 정한 '중증이외의 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 2-2 조의 6 대장점막내암의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

② 대장점막내암의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기

검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

제 2-2 조의 7 제자리암의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)(별표 2-6 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2-2조의6(대장점막내암의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.
② 제자리암의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-2 조의 8 경계성종양의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 2-7 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성종양의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

이 계약은 다음 각 호에 해당하는 총 3개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 계약의 보험기간 중 보장개시일('암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)', '소액암'은 암보장개시일) 이후에 피보험자에게 아래 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. **보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자가 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 암 진단자금 지급**
2. **보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자가 '소액암'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 소액암 진단자금 지급**
3. **보험기간 중 피보험자가 '기타피부암', '중증이외의 갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단 확정되었을 경우(해당 질병에 대하여 각각 최초 1회한): 유사암 진단자금 지급**

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 진단자금의 50%를 지급합니다.

② 이 계약의 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일('암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)', '소액암'은 암보장개시일) 이후에 사망하고, 그 후에 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)', '소액암', '기타피부암', '중증이외의 갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일('암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)', '소액암'은 암보장개시일)의 전일 이전에 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)', '소액암', '기타피부암', '중증이외의 갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단이 확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고 제2-12조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액이 지급된 경우에는 해당 세부보장의 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 계약자적립액(해당 세부보장의 계약자적립액을 말합니다)을 차감하여 지급합니다.

⑤ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률

로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '장해진단서, 사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부, 수술후 조직검사결과지 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제5항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 2-10 조 보험수익자의 지정
이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간
이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항
① 이 계약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장에 대해서 동일한 조건으로 가입하여야 합니다.
② 이 계약의 경우 제1-14조(계약내용의 변경 등) 제3항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.
③ 제1-17조(제2회 이후 보험료의 납입) 제1항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 중 제2-12조(계약의 소멸) 제4항 내지 제5항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 2-11 조의 3 "계약의 무효"에 대한 특칙
① 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-2조의2('암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단이 확정된 경우에는 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암 진단자금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다(다만, 나머지 세부보장에 대해서는 유효한 계약으로 봅니다).
② 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일

의 전일 이전에 제2-2조의3('소액암'의 정의 및 진단 확정) 제2항에서 정한 '소액암'으로 진단이 확정된 경우에는 제2-3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 소액암 진단자금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다(다만, 나머지 세부보장에 대해서는 유효한 계약으로 봅니다).

③ 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항 내지 제2항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.**

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 각 세부보장에서 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제3호의 '기타피부암', '중증이외의 갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보험금의 지급사유가 모두 발생한 경우 해당 세부보장은 최종 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙

제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 다음 각 호에 대한 회사의 보장개시일은 제2-1조(용어의 정의) 제1호의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

1. **제2-2조의2('암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'**
2. **제2-2조의3('소액암'의 정의 및 진단 확정) 제2항에서 정한 '소액암'**

제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙

제1-20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제2항에도 불구하고, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급

금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 따라 계약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.
② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납
⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(1) 암 진단자금

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
암 진단자금	보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자가 '암(직·결장암, 유방암, 여성생식기암, 전립선암, 기타피부암, 중증이외의 갑상선암, 대장점막내암 제외)'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(2) 소액암 진단자금

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
소액암 진단자금	보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자가 '소액암'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	300만원
		2년이상	600만원

(3) 유사암 진단자금

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
유사암 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '기타피부암'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	100만원
		2년이상	200만원
	보험기간 중 피보험자가 '중증이외의 갑상선암'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	100만원
		2년이상	200만원
	보험기간 중 피보험자가 '대장점막내암'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	100만원
		2년이상	200만원
	보험기간 중 피보험자가 '제자리암'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	100만원
		2년이상	200만원
	보험기간 중 피보험자가 '경계성종양'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	100만원
		2년이상	200만원

주) 1. 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. '소액암'이라 함은 제2-2조의3('소액암'의 정의 및 진단 확정) 제2항에서 정한 '소액암'을 말합니다.
4. '중증이외의 갑상선암'이라 함은 제2-2조의5(중증이외의 갑상선암의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '중증이외의 갑상선암'을 말합니다.
5. '대장점막내암'(제2-2조의6(대장점막내암의 정의 및 진단 확정) 참조)은 '제자리암(제2-2조의7(제자리암의 정의 및 진단 확정) 참조)에 포함되지 않습니다.
6. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간을 말합니다.
7. 이 계약의 보험기간 동안 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그 때부터 효력이 없습니다.
8. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암 진단자금, 소액암 진단자금, 유사암 진단자금 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성 신생물	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
8. 유방의 악성 신생물	C50
9. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
10. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
11. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
13. 갑상선의 악성 신생물	C73
14. 부신의 악성 신생물	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【 별표 2-4 】

직·결장암 분류표

이 약관에서 규정하는 직·결장암으로 분류되는 질병은 제1호에서 정한 '대장암'에서 제2호에서 정한 '대장점막내암'을 제외한 질병을 말합니다.

1. '대장암'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
결장의 악성 신생물	C18
직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
직장의 악성 신생물	C20

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다. 대장점막내암의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

【 별표 2-5 】

여성생식기암 분류표

이 약관에서 규정하는 '여성생식기암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
외음의 악성 신생물	C51
질의 악성 신생물	C52
자궁경부의 악성 신생물	C53
자궁체부의 악성 신생물	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
난소의 악성 신생물	C56
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
태반의 악성 신생물	C58

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【 별표 2-6 】

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제2-2조의6(대장점막내암의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외됩니다.

【 별표 2-7 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

e종합병원 암직접치료통원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

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

1. 암보장개시일: 제2-2조의2('암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표'(별표 2-3 참조)에서 정한 질병에서 다음 각 호를 제외한 질병을 말합니다.

1. 기타피부암 : 제2-2조의3('기타피부암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병
2. 대장점막내암 : 제2-2조의4('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

② 제1항의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차

개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-2 조의 3 '기타피부암'의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 제1항에서 정한 '기타피부암'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로

진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제 2-2 조의 4 '대장점막내암'의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

② 제1항에서 정한 '대장점막내암'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 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(사체검안서 제외) 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

제 2-2 조의 5 '제자리암'의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)(별표 2-4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2-2조의4('대장점막내암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② 제1항에서 정한 '제자리암'의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-2 조의 6 '경계성종양'의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 2-5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항에서 정한 '경계성종양'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2-2 조의 7 통원의 정의와 장소

이 계약에 있어서 '통원'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서, 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-2 조의 8 종합병원의 정의

이 계약에 있어서 '종합병원'이라 함은「의료법」제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【「의료법」 제3조의3(종합병원)】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제 2-2 조의 9 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료'의 정의

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

【신의료기술평가위원회】

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

② '암 등의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암 등의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암 등의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 2-2 조의 10 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제2-2조의8(종합병원의 정의)의 종합병원 지정기준이「의료법」및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '종합병원' 제도가 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 '종합병원' 제도의 변경으로 제2-2조의8(종합병원의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우

【예시】
종합병원 제도의 변경으로 종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'(이하, '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 계약자는 계약내용 변경일부터 그날을 포함하여 90일 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약내용 변경일 이후 계약자가 실제 납입한 이 계약의 보험료를 돌려드립니다.

⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제2-3조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 기준에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 제2-2조의8(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원'지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암(기타피부암, 대장점막내암 제외)은 암보장개시일) 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한) : 종합병원 암통원자금
2. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한) : 종합병원 통원자금

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

② 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 '종합병원 암통원자금'의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

③ 제2-3조(보험금의 지급사유) 제2호 '종합병원 통원자금'의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

④ 제2-2조의10(법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 '종합병원 이외의 의료기관'에 통원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 종합병원으로 지정되는 경우, 제2-3조(보험금의 지급사유)의 '종합병원 암통원자금' 및 '종합병원 통원자금'을 종합병원 지정적용일부터 지급합니다.

⑤ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 '종합병원 암통원자금' 및 '종합병원 통원자금'을 지급합니다.

⑥ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ '종합병원'은「의료법」제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 지정된 '상급종합병원'을 포함합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 진단서(병명기입), 통원치료확인서, 장해진단서 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. **소송제기**
2. **분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)**
3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**
5. **제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**
6. **제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제6항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우**

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 "계약의 무효"에 대한 특칙

① 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-2조의2('암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 대장점막내암 제외)'으로 진단이 확정된 경우에는 이 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8

조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】

부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙

제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2-2조의2('암(기타피부암 및 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 대장점막내암 제외)'에 대한 회사의 보장개시일은 제2-1조(용어의 정의) 제1호의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙

제1-20조(보험료 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제2항에도 불구하고, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

['해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해

약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】
계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납
⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 2만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
종합병원 암통원자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 암(기타피부암, 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한)	2년미만	1회당 1만원
		2년이상	1회당 2만원
종합병원 통원자금	보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한)	2년미만	1회당 5천원
		2년이상	1회당 1만원

주) 1. 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 이 계약의 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 종합병원 암통원자금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

4. 종합병원 통원자금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

5. '대장점막내암'(제2-2조의4('대장점막내암'의 정의 및 진단확정) 참조)은 '제자리암'(제2-2조의5('제자리암'의 정의 및 진단확정) 참조)에 포함되지 않습니다.

6. 이 계약에 있어서 '종합병원'은 「의료법」 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

7. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 통원일까지의 경과기간을 말합니다.

8. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 소멸 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

9. '종합병원'은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 지정된 '상급종합병원'을 포함합니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
종합병원 암통원자금, 종합병원 통원자금 (제2-3조) 소멸 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성 신생물	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
8. 유방의 악성 신생물	C50
9. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
10. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
11. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
13. 갑상선의 악성 신생물	C73
14. 부신의 악성 신생물	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【 별표 2-4 】

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제2-2조의4('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외됩니다.

【 별표 2-5 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

e통합암보장보험[전이포함, 일반암](비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

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

1. 암보장개시일: 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '통합암(10종)(전이포함, 일반암)'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '통합암(10종)(전이포함, 일반암)'이라 함은 다음 각 호의 질병을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

1. '초기 이외의 유방·생식기암(전이포함)'
2. '두경부암(전이포함)'
3. '위암 및 식도암(전이포함)'
4. '소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)'
5. '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)'
6. '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)'

7. '골·피부 등 전신부위암(전이포함)'
8. '초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함)'
9. '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'
10. '혈액암(전이포함)'

② 이 계약에 있어서 '초기 이외의 유방·생식기암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 **중** 통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 '두경부암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 '위암 및 식도암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 '소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 **중** 통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 이 계약에 있어서 '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 **중** 통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 이 계약에 있어서 '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 **중** 통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 이 계약에 있어서 '골·피부 등 전신부위암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑨ 이 계약에 있어서 '초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑩ 이 계약에 있어서 '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 **중** 통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑪ 이 계약에 있어서 '혈액암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑫ 제1항에서 정한 '통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑬ 제12항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제1항에서 정한 '통합암(10종)(전이포함, 일반암)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제12항에 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 상기 사항에도 불구하고 이 계약에 있어서 약관에서 규정하는 '통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 원발부위를 기준으로 분류하지 않으며, 이 경우에도 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

이 계약은 다음 각 호에 해당하는 총 10개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. **보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '초기 이외의 유방·생식기암(전이포함)'으로 진단확정되었을 경우(최초 1회한): 초기 이외의 유방·생식기암(전이포함) 진단자금 지급**
2. **보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '두경부암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 두경부암(전이포함) 진단자금 지급**
3. **보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '위암 및 식도암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 위암 및 식도암(전이포함) 진단자금 지급**
4. **보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)'으로 진단확정되었을 경우(최초 1회한): 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단자금 지급**
5. **보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단자금 지급**
6. **보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단자금 지급**
7. **보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '골·피부 등 전신부위암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단자금 지급**
8. **보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함) 진단자금 지급**
9. **보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단자금 지급**
10. **보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 '혈액암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한): 혈액암(전이포함) 진단자금 지급**

[보험금 지급예시[보험가입금액 1,000만원 기준]]

계약일	혈액암(전이포함) 진단확정	췌장암(전이포함) 진단확정	위암(전이포함) 진단확정	췌장암(전이포함) 진단확정
2024.11.1	2025.6.30 (①)	2027.8.10 (②)	2027.10.2 (③)	2030.1.7 (④)
	혈액암(전이포함) 진단자금 지급	간·담낭·담도암 및 췌장암 (전이 포함) 진단자금 지급	위암 및 식도암 (전이 포함) 진단자금 지급	보험금 미지급
	혈액암(전이포함) 보장 소멸	간·담낭·담도암 및 췌장암 (전이 포함) 보장 소멸	위암 및 식도암 (전이 포함) 보장 소멸	

설명

① : 2025.6.30에 진단 확정된 혈액암(전이포함)은 1,000만원을 보험금으로 지급하고 해당 세부보장 소멸(단, 계약일로부터 2년 미만에 진단된 것으로 500만원을 보험금으로 지급하고 해당 세부보장 소멸)

② : 2027.8.10에 진단 확정된 췌장암(전이포함)은 1,000만원을 보험금으로 지급하고 해당 세부보장 소멸

③: 2027.10.2에 진단 확정된 위암(전이포함)은 1,000만원을 보험금으로 지급하고 해당 세부보장 소멸

④: 2030.1.7에 진단 확정된 췌장암은 ②에 의해 소멸된 세부보장으로, 보험금 미지급 사유에 해당

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 보장개시일 이후 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 진단자금의 50%를 지급합니다.

② 이 계약의 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 사망하고, 그 후에 '초기 이외의 유방·생식기암(전이포함)', '두경부암(전이포함)', '위암 및 식도암(전이포함)', '소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)', '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)', '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)', '골·피부 등 전신부위암(전이포함)', '초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함)', '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)' 또는 '혈액암(전이포함)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 진단자금을 지급합니다. 그러나, '암보장개시일'의 전일 이전에 '초기 이외의 유방·생식기암(전이포함)', '두경부암(전이포함)', '위암 및 식도암(전이포함)', '소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)', '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)', '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)', '골·피부 등 전신부위암(전이포함)', '초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함)', '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)' 또는 '혈액암(전이포함)'으로 진단이 확정된 경우에는 제2-3조(보험금의 지급사유)의 진단자금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고 제2-12조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액이 지급된 경우에는 제2-3조(보험금의 지급사유)의 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 계약자적립액을 차감하여 지급합니다.

⑤ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부, 장해진단서 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위

원회로 합니다)

3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**
5. **제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**
6. **제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제5항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우**

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 "계약의 무효"에 대한 특칙

① 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '통합암(10종)(전이포함, 일반암)' 중 어느 하나의 암으로 진단이 확정된 경우에는 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다(다만, 나머지 세부보장에 대해서는 유효한 계약으로 봅니다).

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제 2-11 조의 3 세부보장의 운영에 관한 사항

① 이 계약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다.

② 이 계약의 경우 제1-14조(계약내용의 변경 등) 제3항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

③ 제1-17조(제2회 이후 보험료의 납입) 제1항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 **중** 제2-12조(계약의 소멸) 제4항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호의 각 세부보장에서 보험금이 지급된 세부보장에 한하여 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙

제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '통합암(10종)(전이포함, 일반암)'에 대한 회사의 보장개시일은 제2-1조(용어의 정의) 제1호의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙

제1-20조(보험료 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제2항에도 불구하고, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 계약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(1) 초기 이외의 유방·생식기암(전이포함) 진단자금

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
초기 이외의 유방·생식기암(전이포함) 진단자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '초기 이외의 유방·생식기암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(2) 두경부암(전이포함) 진단자금

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
두경부암(전이포함) 진단자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '두경부암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(3) 위암 및 식도암(전이포함) 진단자금

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
위암 및 식도암(전이포함) 진단자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '위암 및 식도암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(4) 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단자금

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(5) 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단자금

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
간·담낭·담도암 및 췌장암 (전이포함) 진단자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(6) 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단자금

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
흉곽내기관·중피성암 및 연조직암 (전이포함) 진단자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(7) 골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단자금

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
골·피부 등 전신부위암 (전이포함) 진단자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '골·피부 등 전신부위암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(8) 초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함) 진단자금

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암 (전이포함) 진단자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(9) 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단자금

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
뇌암 및 중추신경계통암 진단자금 (전이포함)	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(10) 혈액암(전이포함) 진단자금

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
혈액암 (전이포함) 진단자금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '혈액암(전이포함)'으로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

주) 1. 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

2. 이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 보장개시일 이후 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. '초기 이외의 유방·생식기암(전이포함)'이라 함은 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제2항에서 정한 '초기 이외의 유방·생식기암(전이포함)'을 말합니다.

4. '두경부암(전이포함)'이라 함은 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제3항에서 정한 '두경부암(전이포함)'을 말합니다.

5. '위암 및 식도암(전이포함)'이라 함은 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 '위암 및 식도암(전이포함)'을 말합니다.

6. '소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)'이라 함은 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제5항에서 정한 '소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)'을 말합니다.

7. '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)'이라 함은 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)'을 말합니다.

8. '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)'이라 함은 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 "흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)'을 말합니다.

9. '골·피부 등 전신부위암(전이포함)'이라 함은 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제8항에서 정한 '골·피부 등 전신부위암(전이포함)'을 말합니다.

10. '초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함)'이라 함은 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제9항에서 정한 '초기 이외의 갑상선암·기타내분비선암 및 비뇨기관암(전이포함)'을 말합니다.

11. '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'이라 함은 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제10항에서 정한 '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'을 말합니다.

12. '혈액암(전이포함)'이라 함은 제2-2조의2('통합암(10종)(전이포함, 일반암)'의 정의 및 진단 확정) 제11항에서 정한 '혈액암(전이포함)'을 말합니다.

13. 이 계약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다
14. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
15. 지급급액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간을 말합니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
통합암(10종)(전이 포함, 일반암) 진단자금 (제2-3조), 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

통합암(10종)(전이포함, 일반암) 분류표

이 약관에서 규정하는 통합암(10 종)(전이포함, 일반암)은 다음 각 호의 질병을 총칭합니다.

1. 초기 이외의 유방·생식기암(전이 포함)

'초기 이외의 유방·생식기암(전이 포함)'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD:통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병에서 '초기유방암'을 제외한 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
유방의 악성 신생물	C50
유방의 이차성 악성 신생물	C79.80
외음의 악성 신생물	C51
질의 악성 신생물	C52
자궁경부의 악성 신생물	C53
자궁체부의 악성 신생물	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
난소의 악성 신생물	C56
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
태반의 악성 신생물	C58
난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
음경의 악성 신생물	C60
전립선의 악성 신생물	C61
고환의 악성 신생물	C62
기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ C50(유방의 악성 신생물)의 경우 '초기유방암'은 제외합니다.

※ '유방암 중 초기유방암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성 신생물)에 해당되는 질병 중에서 침윤암종 (invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 국소 림프절의 전이나 원격전이가 없는 상태의 유방암을 말합니다.

【초기유방암 예시】

·침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma), 침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

·침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴(two mass)

종괴1(mass1) - 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm

종괴2(mass2) - 1.2cm x 1.0cm x 1.0cm

⇒ 가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm에 해당하므로 초기유방암에 해당합니다.

· 국소 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 2.0cm x 2.0cm x 1.0cm_ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometastasis)_ N1mi
⇒ 침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

2. 두경부암(전이 포함)

'두경부암(전이 포함)'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD:통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
입술의 악성 신생물	C00
혀뿌리의 악성 신생물	C01
혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C02
잇몸의 악성 신생물	C03
입바닥의 악성 신생물	C04
구개의 악성 신생물	C05
입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C06
귀밑샘의 악성 신생물	C07
기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
편도의 악성 신생물	C09
입인두의 악성 신생물	C10
비인두의 악성 신생물	C11
이상동(梨狀洞)의 악성 신생물	C12
하인두의 악성 신생물	C13
입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C14
비강 및 중이의 악성 신생물	C30
부비동의 악성 신생물	C31
눈 및 부속기의 악성 신생물	C69

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 위암 및 식도암(전이 포함)

'위암 및 식도암(전이 포함)'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD:통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
식도의 악성 신생물	C15
위의 악성 신생물	C16
위의 이차성 악성 신생물	C78.80

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

4. 소장·대장·항문암 및 기타암(전이 포함)

'소장·대장·항문암 및 기타암(전이 포함)'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD:통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병에서 '대장점막내암'을 제외한 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
소장의 악성 신생물	C17
결장의 악성 신생물	C18
직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
직장의 악성 신생물	C20
항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5
비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ C18~C20(직·결장의 악성 신생물)의 경우 '대장점막내암'은 제외합니다.

※ '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

5. 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이 포함)

'간·담낭·담도암 및 췌장암(전이 포함)'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD:통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
담낭의 악성 신생물	C23
담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
췌장의 악성 신생물	C25
간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

6. 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이 포함)

'흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이 포함)'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류

(KCD:통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
후두의 악성 신생물	C32
기관의 악성 신생물	C33
기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
흉선의 악성 신생물	C37
심장 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
중피종	C45
카포시육종	C46
말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
폐의 이차성 악성 신생물	C78.0
종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3
후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

7. 골·피부 등 전신부위암(전이 포함)

'골·피부 등 전신부위암(전이 포함)'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD:통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
피부의 악성 흑색종	C43
기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

8. 초기 이외의 갑상선암·기타 내분비선암 및 비뇨기관암(전이 포함)

'초기 이외의 갑상선암·기타 내분비선암 및 비뇨기관암(전이 포함)'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD:통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병에서 '초기갑상선암'을 제외한 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
신우의 악성 신생물	C65
요관의 악성 신생물	C66
방광의 악성 신생물	C67
기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
갑상선의 악성 신생물	C73
부신의 악성 신생물	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1
부신의 이차성 악성 신생물	C79.7

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ C73(갑상선의 악성 신생물)의 경우 '초기갑상선암'은 제외합니다.

※ '초기갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병 중에서 유두암(papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)이고, 암 종괴의 크기가 2.0cm미만으로서 림프절 전이나 원격전이가 없는 모든 갑상선암을 말합니다.

9. 뇌암 및 중추신경계통암(전이 포함)

'뇌암 및 중추신경계통암(전이 포함)'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 (KCD:통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
수막의 악성 신생물	C70
뇌의 악성 신생물	C71
척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

10. 혈액암(전이 포함)

'혈액암(전이 포함)'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD:통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호

호지킨림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙 T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
악성 면역증식성 질환	C88
다발골수종 및 악성 형질세포신생물	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 악성 신생물	C96
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
만성 골수증식질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위에서 보장하는 항목에 해당하는지 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

e특정 고액암 진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

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

1. 암보장개시일: 제2-2조의2('특정 고액암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '특정 고액암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '특정 고액암'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '특정 고액암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 특정 고액암 분류표(별표 2-4 참조)에 해당되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 제1항에서 정한 '특정 고액암'의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '특정 고액암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제1항에서 정한 '특정 고액암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제 2 항에 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 제2-2조의2('특정 고액암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '특정 고액암'으로 진단 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 특정 고액암 진단자금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정 고액암 진단자금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 특정 고액암 진단자금의 50%를 지급합니다.

② 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 '특정 고액암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 '특정 고액암 진단자금'을 지급합니다. 그러나, 암보장개시일의 전일 이전에 '특정 고액암'으로 진단이 확정된 경우에는 '특정 고액암 진단자금'을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 제2-12조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액이 지급된 경우에는 특정 고액암 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 계약자적립액을 차감하여 지급합니다.

④ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내

에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 진단서(병명기입), 장해진단서 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의

료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. **소송제기**
2. **분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)**
3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**
5. **제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**
6. **제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우**

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 "계약의 무효"에 대한 특칙

① 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-2조의2('특정 고액암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '특정 고액암'으로 진단이 확정된 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙

제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고, 이 계약에 대한 회사의 보장개시일은 제2-1조(용어의 정의) 제1호의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙

제1-20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제2항에도 불구하고, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다」)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
특정 고액암 진단자금	보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자가 '특정 고액암'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

주) 1. 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. '특정 고액암'이라 함은 제2-2조의2('특정 고액암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '특정 고액암'을 말합니다.

4. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간을 말합니다.

5. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
특정 고액암 진단자금 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성 신생물	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
8. 유방의 악성 신생물	C50
9. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
10. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
11. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
13. 갑상선의 악성 신생물	C73
14. 부신의 악성 신생물	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【 별표 2-4 】

특정 고액암 분류표

이 약관에서 규정하는 특정 고액암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C70 ~ C72
백혈병	C91 ~ C95, D47.1, D47.5

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

e특정뇌졸중 및 급성심근경색증 응급환자 응급실 내원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '특정뇌졸중'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '특정뇌졸중'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '특정뇌졸중' 분류표(별표 2-4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 제1항에서 정한 '특정뇌졸중'의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '특정뇌졸중'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 2-2 조의 3 '급성심근경색증'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '급성심근경색증' 분류표(별표 2-5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 계약의 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인(死因)이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-2 조의 4 '응급실'의 정의와 장소

이 계약에 있어서 '응급실'이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급의료시설을 말합니다(이하 '응급실'이라 합니다).

제 2-2 조의 5 '특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자' 및 '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'의 정의

① 이 계약에 있어서 '특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'라 함은 응급환자에 해당되어 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급실 퇴실진단 또는 입원 후 퇴원진단에 제2-2조의 2('특정뇌졸중'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '특정뇌졸중'에 해당하는 분류코드가 한 개 이상 포함된 자를 말합니다.

② 이 계약에 있어서 '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'라 함은 응급환자에 해당되어 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급실 퇴실진단 또는 입원 후 퇴원진단에 제2-2조의 3('급성심근경색증'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '급성심근경색증'에 해당하는 분류코드가 한 개 이상 포함된 자를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항에서 정한 '응급환자'라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서 '응급증상 및 이에 준하는 증상'(별표 2-3 '응급증상 및 이에 준하는 증상' 참조) 또는 '응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상'이 있는 자를 말합니다.

제 2-2 조의 6 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경

① 제2-2조의4('응급실'의 정의와 장소)의 '응급실'의 정의와 장소 및 제2-2조의5('특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자' 및 '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'의 정의)의 '응급환자'의 정의가 응급의료에 관한 법률 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '응급실' 및 '응급환자' 제도가 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 '응급실' 제도의 변경으로 제2-2조의4('응급실'의 정의와 장소)의 '응급실' 판정이 불가능한 경우

3. 법령의 개정에 따라 '응급환자' 제도의 변경으로 제2-2조의5('특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진

료비 대상자' 및 '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'의 정의)의 '응급환자' 판정이 불가능한 경우

4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 계약자는 계약내용 변경일부터 그날을 포함하여 90일 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약내용 변경일 이후 계약자가 실제 납입한 이 계약의 보험료를 돌려드립니다.

⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제2-3조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 기준에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 제2-2조의4('응급실'의 정의와 장소)에서 정한 '응급실'의 정의와 장소 및 제2-2조의5('특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자' 및 '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'의 정의)에서 정한 '응급환자'의 정의가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

【계약자적립액】 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 '특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'에 해당하였을 경우 : '특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비'(내원 1회당)
2. 보험기간 중 피보험자가 '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'에 해당하였을 경우 : '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비'(내원 1회당)

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 피보험자가 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 경우에도 '특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'에 해당하는 경우에는 '특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비'를 지급하여 드립니다.
② 피보험자가 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 경우에도 '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'에 해당하는 경우에는 '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비'를 지급하여 드립니다.
③ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정
① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.
⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

[심신상실]
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제 1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료비계산서, 진료비세부내역서, 응급실기록지 사본 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다.
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】

부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의

50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 10만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비	피보험자가 보험기간 중 '특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'에 해당하였을 경우	(내원 1회당) 5만원
급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비	피보험자가 보험기간 중 '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'에 해당하였을 경우	(내원 1회당) 10만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. '특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'라 함은 응급환자에 해당되어 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급실 퇴실진단 또는 입원 후 퇴원진단에 제2-2조의 2('특정뇌졸중'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '특정뇌졸중'에 해당하는 분류코드가 한 개 이상 포함된 자를 말합니다.

3. '급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 대상자'라 함은 응급환자에 해당되어 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급실 퇴실진단 또는 입원 후 퇴원진단에 제2-2조의 3('급성심근경색증'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '급성심근경색증'에 해당하는 분류코드가 한 개 이상 포함된 자를 말합니다.

4. 주2) 및 주3)에서 정한 '응급환자'라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서 '응급증상 및 이에 준하는 증상'(별표 2-3 '응급증상 및 이에 준하는 증상' 참조) 또는 '응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상'이 있는 자를 말합니다.

5. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
특정뇌졸중 응급환자 응급실 내원 진료비, 급성심근경색증 응급환자 응급실 내원 진료비 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.

2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상

나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크

다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)

라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상

마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈

바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실

사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응

아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애

자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈

나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡

다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애

라. 출혈 : 혈관손상

마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)

바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상

사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

【 별표 2-4 】

‘특정뇌졸중’ 분류표

이 약관에서 규정하는 ‘특정뇌졸중’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 아니합니다.

【 별표 2-5 】

'급성심근경색증' 분류표

이 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
급성심근경색증	I21

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

e항암 약물·방사선 치료보장보험Ⅱ(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

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

1. 암보장개시일: 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '대상이 되는 악성 신생물 분류표'(별표 2-3 참조)에서 정한 질병에서 다음 각 호를 제외한 질병을 말합니다.

1. 기타피부암 : 제2-2조의3('기타피부암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병
2. 갑상선암 : 제2-2조의4('갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)

② 제1항의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차

개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-2 조의 3 '기타피부암'의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 기타피부암의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인생검(Fine Needle Aspiration biopsy)[다만, 갑상선암(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)) 또는 병리학적 검사를 통한 진단이 불가한 것으로 인정되는 경우에는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)] 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-2 조의 4 '갑상선암'의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 제1항에서 정한 '갑상선암'의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여, 이 경우 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록(사체검안서 제외) 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

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

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

제 2-2 조의 5 '항암약물치료'의 정의

이 계약에 있어서 '항암약물치료'라 함은「의료법」제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을가진 자가 피보험자의 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 2-2 조의 6 '항암방사선치료'의 정의

이 계약에 있어서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전

리 방사선(Ionizing Radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

이 계약은 다음 각 호에 해당하는 총 4개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자에게 아래 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. **보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 '항암약물치료'를 받았을 경우 (최초 1회한) : 항암약물치료자금Ⅰ 지급**
2. **보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)은 암보장개시일) 이후에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 '항암약물치료'를 받았을 경우 (최초 1회한) : 항암약물치료자금Ⅱ 지급**
3. **보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 '항암방사선치료'를 받았을 경우 (최초 1회한) : 항암방사선치료자금Ⅰ 지급**
4. **보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)은 암보장개시일) 이후에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 '항암방사선치료'를 받았을 경우 (최초 1회한) : 항암방사선치료자금Ⅱ 지급**

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

② 이 계약의 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에

는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '장해진단서, 사망진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이

내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. **소송제기**
2. **분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)**
3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**
5. **제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**
6. **제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우**

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항

① 이 계약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장에 대해서 동일한 조건으로 가입하여야 합니다.

② 이 계약의 경우 제1-14조(계약내용의 변경 등) 제3항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

③ 제1-17조(제2회 이후 보험료의 납입) 제1항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 중 제2-12조(계약의 소멸) 제4항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 2-11 조의 3 "계약의 무효"에 대한 특칙

① 제1-13조(계약의 무효) 제1항 이외에도 피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 진단이 확정된 경우에는 이 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호의 각 세부보장에서 보험금이 지급된 세부보장에 한하여 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

제 2-12 조의 2 "제1회 보험료 및 회사의 보장개시"에 대한 특칙

제1-16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'에 대한 회사의 보장개시일은 제2-1조(용어의 정의) 제1호의 '암보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제 2-12 조의 3 "보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)"에 대한 특칙

제1-20조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제2항에도 불구하고, 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 계약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라

계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(1) 항암약물치료자금Ⅰ

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
항암약물 치료자금Ⅰ	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 '항암약물치료'를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(2) 항암약물치료자금Ⅱ

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
항암약물 치료자금Ⅱ	보험기간 중 피보험자가 보장개시일('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'은 암보장개시일) 이후에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 '항암약물치료'를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	2년미만	125만원
		2년이상	250만원

(3) 항암방사선치료자금Ⅰ

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
항암방사선 치료자금Ⅰ	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 '항암방사선치료'를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	2년미만	500만원
		2년이상	1,000만원

(4) 항암방사선치료자금Ⅱ

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
항암방사선 치료자금Ⅱ	보험기간 중 피보험자가 보장개시일('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'은 암보장개시일) 이후에 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 '항암방사선치료'를 받았을 경우(단, 최초 1회한)	2년미만	125만원
		2년이상	250만원

주) 1. 이 계약의 피보험자가 암보장개시일 이후 최초로 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러

신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 암보장개시일은 계약일(계약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 치료일까지의 경과기간입니다.
4. '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'이라 함은 제2-2조의2('암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암 및 갑상선암 제외)'을 말합니다.
5. 이 계약의 보험기간 동안 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.
6. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
항암약물치료자금Ⅰ, 항암약물치료자금Ⅱ, 항암방사선치료자금Ⅰ, 항암방사선치료자금Ⅱ (제2-3조), 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성 신생물	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
8. 유방의 악성 신생물	C50
9. 여성생식기관의 악성 신생물	C51 ~ C58
10. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C63
11. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
13. 갑상선의 악성 신생물	C73
14. 부신의 악성 신생물	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

e허혈성심장질환진단보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '허혈성심장질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심장질환 분류표'(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '허혈성심장질환'의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 계약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인(死因)이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 진단자금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회한)

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환 진단자금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 허혈성심장질환 진단자금의 50%를 지급합니다.

② 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망하고, 그 후에 '허혈성심장질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-3조(보험금의 지급사유)의 허혈성심장질환 진단자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정된 경우에는 허혈성심장질환 진단자금을 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 제2-12조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액이 지급된 경우에는 허혈성심장질환 진단자금에서 이미 지급된 사망 당시의 계약자적립액을 차감하여 지급합니다.

④ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않

고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

   [심신상실]
   정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. **보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우**
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. **계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우**

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. **소송제기**
2. **분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)**
3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금

지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 500만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
허혈성심장질환 진단자금	보험기간 중 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2년미만	250만원
		2년이상	500만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. '허혈성심장질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심장질환' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

3. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 진단 확정일까지의 경과기간을 말합니다.

4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
허혈성심장질환 진단자금 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

허혈성심장질환 분류표

이 약관에서 규정하는 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

e허혈성심장질환통원보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '허혈성심장질환'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심장질환분류표'(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '허혈성심장질환'의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 계약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인(死因)이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-2 조의 3 '통원'의 정의와 장소

이 계약에 있어서 '통원'이라 함은「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 피보험자에게 '허혈성심장질환'으로 인한 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서, 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 '허혈성심장질환'의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에서 통원치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 통원자금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(1일 1회한, 연간 30회를 한도로 함)

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환 통원자금의 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 허혈성심장질환 통원자금의 50%를 지급합니다.

② 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환 통원자금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

③ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한

시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '사망진단서, 통원치료확인서, 장해진단서, 진단서(병명기입) 등'을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. **소송제기**
2. **분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)**
3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**
5. **제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**
6. **제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우**

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.**

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 이 계약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1만원)

급부명칭	지급사유	경과기간	지급금액
허혈성심장질환 통원자금	보험기간 중 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 '허혈성심장질환'의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에서 통원치료를 받았을 경우(1일 1회한, 연간 30회한)	2년미만	1회당 5천원
		2년이상	1회당 1만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 통원일까지의 경과기간입니다.

3. 허혈성심장질환 통원자금 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회를 한도로 합니다. 다만, '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

4. 이 계약의 '허혈성심장질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심장질환' 분류표(별표 2-3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

5. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
허혈성심장질환 통원자금, (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.

2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【 별표 2-3 】

허혈성심장질환 분류표

이 약관에서 규정하는 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

e혈전용해치료보장보험(비갱신형) 무배당 주계약 약관

제 1 절 공통사항

[주계약 약관] 제1절 공통사항을 이 주계약 제1절 공통사항으로 합니다.

제 2 절 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제 2-1 조 용어의 정의

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 [주계약 약관] 제1-2조(용어의 정의)의 정의와 같습니다.

제 2 관 보험금의 지급 및 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 2-2 조 한국표준질병·사인분류 적용 기준

① 이 약관에서 규정하는 질병 및 재해 분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단(재해의 경우 발생) 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단(재해의 경우 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 판단하며, 진단(재해의 경우 발생) 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

[예시]

·피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

·피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하지 않는 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 보장하는 질병에 해당된다고 하더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2-2 조의 2 '급성뇌경색증'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '급성뇌경색증(acute infarction)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병으로 과거 무증상성 열공성 뇌경색(old asymptomatic lacunar infarction), 진구성뇌경색(old infarction) 및 일과성허혈발작(transient ischemic attack)은 제외합니다.

② '급성뇌경색증'의 진단 확정은「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 이 진단은 특이적 증상과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 뇌자기공명영상(brain MRI) 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '급성뇌경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 2-2 조의 3 '급성심근경색증Ⅱ'의 정의 및 진단 확정

① 이 계약에 있어서 '급성심근경색증Ⅱ'라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성 심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증Ⅱ'의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 계약의 보험기간 중 '급성심근경색증Ⅱ'로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록(사체검안서 제외) 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인(死因)이 '급성심근경색증Ⅱ'로 확정되거나 추정되는 경우

제 2-2 조의 4 '혈전용해치료'의 정의

① 이 계약에 있어서 '혈전용해치료'라 함은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 '급성뇌경색증' 및 '급성심근경색증Ⅱ'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해제'를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 '혈전용해제'라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제 2-3 조 보험금의 지급사유

이 계약은 다음 각 호에 해당하는 총 2개의 세부보장(이하 '세부보장'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. **피보험자가 보험기간 중 '급성뇌경색증'으로 진단받고 보험기간 중 '급성뇌경색증'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받았을 경우(최초 1회한): 급성뇌경색증 혈전용해치료보험금 지급**
2. **피보험자가 보험기간 중 '급성심근경색증Ⅱ'로 진단받고 보험기간 중 '급성심근경색증Ⅱ'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받았을 경우(최초 1회한): 급성심근경색증 혈전용해치료보험금 지급**

제 2-4 조 보험료 납입면제 사유

이 계약의 보험료 납입기간 중 이 계약의 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 2-5 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 이 계약의 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

② 계약일부터 2년 미만에 제2-3조(보험금의 지급사유)에서 보험금의 지급사유가 발생한 경우 계약일부터 2년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 보험수익자 또는 계약자와 회사가 제2-3조(보험금의 지급사유) 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자 또는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보

험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 2-6 조 장해지급률에 관한 세부규정

① 제2-4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1-2 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

④ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.

⑥ 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 1-2 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 1-2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 제6항 및 제2-4조(보험료 납입면제 사유)의 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보험기간 중에 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 장해분류표(별표 1-2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 1-2 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

제 2-7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며 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 해침으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

[심신상실]
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 2-8 조 사고증명서

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 제2호의 사고증명서는 '해당 질병 진단서(병명, 혈전치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서 등'을 말합니다.
② 제1항의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 2-9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 계약자적립액 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2-2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-4조(보험금 등의 청구) 및 제2-8조(사고증명서) 제1항에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. **소송제기**
2. **분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회로 합니다)**
3. **수사기관의 조사**
4. **해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사**
5. **제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**
6. **제2-5조(보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우**

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-8조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제 2-10 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 하고, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약의 성립과 유지 및 보험료의 납입 등

제 2-11 조 계약의 보험기간

이 계약의 보험기간은 회사가 정한 보험기간 중에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 2-11 조의 2 세부보장의 운영에 관한 사항

① 이 계약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장에 대해서 동일한 조건으로 가입하여야 합니다.

② 이 계약의 경우 제1-14조(계약내용의 변경) 제3항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

③ 제1-17조(제2회 이후 보험료의 납입) 제1항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 중 제2-12조(계약의 소멸) 제4항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제 2-12 조 계약의 소멸

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항 및 제2-8조(사고증명서) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제2-9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.

③ '사망'은 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.

【실종선고】
부재자 등의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속될 때에 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 법원은 실종선고를 하며, 실종선고를 받은 자는 실종기간이 만료한 때 사망한 것으로 봅니다.

④ 보험기간 중 제2-3조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 각 세부보장에서 보험금이 지급된 세부보장에 한하여 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 2-13 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항 및 제2-14조의2('해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 계약을 해지하는 경우 모든 세부보장에 대하여 동시에 해지하여야 합니다.

제 2-14 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-22조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 2-14 조의 2 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금 지급에 관한 사항

① 회사는 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 해지될 경우 '표준형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 보험료 납입기간이 경과되기 이전에 해지할 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【'해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'의 해약환급금에 관한 사항】

1. '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 경과된 이후 이 계약이 해지될 경우 '표준형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 '표준형'보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. '표준형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '표준형'의 해약환급금은 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 제1항의 보험료 납입기간 중이라 함은 계약일로부터 보험료 납입기간이 경과하여 최초로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 보험료 총액의 납입이 완료되지 않은 경우, 납입이 완료된 날의 전일까지를 보험료 납입기간으로 합니다.

【보험료 납입기간 중 예시】

계약일 : 2018년 9월 1일, 보험료 납입기간 : 20년납

⇒ 보험료 납입기간 중 : 2018년 9월 1일부터 2038년 8월 31일까지의 기간

③ 회사는 계약체결시 '해약환급금 미지급형(납입기간중 0%, 납입기간후 50%)' 및 '표준형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 별표 2-1 】

보험금 지급기준표

(1) 급성뇌경색증 혈전용해치료보험금

(기준 : 보험가입금액 200만원)

급부명칭	지급사유	지급금액	
		경과기간	
급성뇌경색증 혈전용해치료 보험금	피보험자가 보험기간 중 '급성뇌경색증'으로 진단 확정되고, 보험기간 중 '급성뇌경색증'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받았을 경우(최초 1회한)	2년미만	100만원
		2년이상	200만원

(2) 급성심근경색증 혈전용해치료보험금

(기준 : 보험가입금액 200만원)

급부명칭	지급사유	지급금액	
		경과기간	
급성심근경색증 혈전용해치료 보험금	피보험자가 보험기간 중 '급성심근경색증Ⅱ'로 진단 확정되고, 보험기간 중 '급성심근경색증Ⅱ'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받았을 경우(최초 1회한)	2년미만	100만원
		2년이상	200만원

주) 1. 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 1-2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. '급성뇌경색증(acute infarction)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병으로 과거 무증상성 열공성 뇌경색(old asymptomatic lacunar infarction), 진구성뇌경색(old infarction) 및 일과성허혈발작(transient ischemic attack)은 제외합니다.

3. '급성심근경색증Ⅱ'라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성 심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

4. 지급금액의 경과기간은 보험계약일부터 혈전용해치료일까지의 경과기간을 말합니다.

5. '혈전용해치료'라 함은「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서「의료법」제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 '급성뇌경색증' 및 '급성심근경색증Ⅱ'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해제'를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

6. 이 계약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

7. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【 별표 2-2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제2-9조 제2항 및 제2-14조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
급성뇌경색증 혈전용해치료보험금, 급성심근경색증 혈전용해치료보험금 (제2-3조) 사망 당시의 계약자적립액 (제2-12조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제2-14조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 일자계산하며, 소멸시효(제1-29조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제2-9조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

.

특별약관

한화생명 e건강보험

무배당

특별약관은 특약에 대해 보험계약자의 청약이 있고 보험회사가 이를 승낙 후,
해당 보험료를 납입한 경우에만 적용됩니다.

단체취급특약(K1.6) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 단체취급 특별협약(이하 '단체취급특약'이라 합니다)에서 사용되는 용어의 정의는, 이 단체취급특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약: 주된 보험계약을 말하며, 특약이 포함되어 있는 경우 특약을 포함합니다.
2. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 보험계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이하 '계약자'라 합니다.
4. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 다만, 주계약이 2인보장보험인 경우에는 주피보험자를 이 단체취급특약의 피보험자로 합니다.
5. 대상단체: 이 보험에 가입 가능한 단체로서 단체구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체를 말합니다.

제 3 조 특약의 적용범위

이 단체취급특약은 주계약을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 주계약에 한하여 적용합니다.

1. 주계약의 계약자 또는 피보험자가 다음 중 한 가지의 대상단체에 소속되어야 합니다.
   가. 제1종 대상단체: 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련 법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
   나. 제2종 대상단체: 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
   다. 제3종 대상단체: 그 밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
2. 단체취급특약의 적용을 받는 인원수는 동일 단체에 소속한 주계약의 계약자수 또는 단체의 대표자를 계약자로 하고 단체소속원을 피보험자로 하는 주계약의 피보험자 수가 5 인 이상 이어야 합니다.
3. 배우자형 및 가족형의 경우 주피보험자의 배우자, 자녀, 부모, 배우자의 부모를 종피보험자로 합니다.

제 4 조 대표자의 선정

대표자는 단체의 대표자 또는 직책상 대표자를 대리할 수 있는 자로 합니다.

제 5 조 단체취급특약의 소멸

① 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 때에 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 주계약 약관을 장래에 향하여 적용합니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 소속단체를 탈퇴하였을 때
2. 보험료를 일괄하여 납입하지 않았을 때
   다만, 보험료 납입방법을 자동이체로 전환하여 보험료가 입금되었을 때는 일괄납입으로 간주합니다.
3. 제3조(특약의 적용범위)에 정한 단체의 보험료 납입 인원수가 5명 미만으로 되고 그 후 6개월이 지나고도 5명 이상이 되지 않았을 때

② 제1항 제1호 또는 제2호의 경우에는 당해 계약자 또는 피보험자에 대하여, 제3호의 경우에는 단체취

급 계약 전부에 대하여 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
③ 제1항에 따라 이 단체취급특약이 더 이상 효력을 가지지 않는 경우 차회 이후 보험료는 주계약에 의한 보험료를 납입하여야 합니다.

제 6 조 보험료의 납입

① 보험료는 단체와 우리회사가 정한 날에 대표자가 일괄하여 납입하여야 합니다.
② 회사는 납입보험료에 대한 영수증을 대표자에게 드립니다. 다만, 단체의 요구가 있을 경우에는 개별 영수증을 발행할 수 있습니다.

제 7 조 보험요율의 적용

이 단체취급특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 단체취급보험요율을 적용합니다.

제 8 조 주계약 약관의 준용

이 단체취급특약에 별도로 정하지 않은 사항은 주계약 약관을 준용합니다.

모듈보험 통합계약체결·운영특약 약관

제 1 관 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)과 관련하여 제3관(통합체결계약의 체결 및 운영)에서 정한 바에 따라 하나 이상의 주계약을 통합하여 보험계약을 체결·운영하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 계약자: 보험회사(이하 '회사'라 합니다)와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
4. 모듈보험: 이 특약의 적용을 받는 주계약을 말합니다.
5. 통합체결계약: 하나 이상의 모듈보험이 통합하여 체결된 보험계약을 말합니다.

제 2 관 통합체결 대상계약

제 3 조 통합체결 대상계약

이 특약에 의한 통합체결 대상계약은 계약을 체결할 때 계약자에 의하여 선택된 하나 이상의 모듈보험에 대하여 계약자, 피보험자 및 납입방법을 동일하게 하는 계약에 한합니다.

제 3 관 통합체결계약의 체결 및 운영

제 4 조 통합체결계약의 체결

① 계약자는 제3조(통합체결 대상계약)에 대하여 회사가 정한 방법에 따라 하나의 청약서로 통합하여 통합체결계약을 청약할 수 있고, 회사는 이 통합체결계약의 체결시 동일한 증권번호를 사용하여 하나의 보험증권을 제공합니다.

② 각 모듈보험 주계약 약관에 따른 계약 전 알릴 의무는 제1항의 통합체결계약 청약서에 대하여 계약자가 한번만 작성하여 동일하게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 청약하는 경우, 통합체결계약에 대하여 보험증권, 청약서, 계약자용 약관 및 고객안내자료 등에 별도의 상품명칭(이하 '통합상품명칭'이라 한다)을 기재할 수 있습니다.

제 5 조 통합체결계약보험료의 납입

계약자가 이 특약을 부가하여 통합체결계약을 체결한 경우, 계약자는 각 모듈보험 주계약 약관에 따른 보험료를 함께 납입하여야 하며, 이때 납입하는 보험료의 합계액을 '통합체결계약보험료'라 합니다.

제 6 조 통합체결계약 청약의 철회

계약자가 각 모듈보험 주계약 약관에 따라 청약을 철회하는 경우 통합체결계약은 철회되므로 통합 체결된 모든 모듈보험의 청약이 철회되고 회사는 통합체결계약보험료를 반환하여 드립니다. 다만, 통합체결계약보험료의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 가입한 모듈보험의 보험계약대출이율 중 가장 높은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 7 조 통합체결계약 내용의 변경

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 제3조가 준용되며, 회사는 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험료의 납입방법
2. 계약자
3. 기타 계약의 내용

② 회사는 제1항 제2호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

③ 각 모듈보험 주계약 약관에 따라 통합체결계약을 구성하는 일부 모듈보험이 해지된 경우, 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 8 조 통합체결계약의 운영 기간

이 특약에 의해 체결된 통합체결계약의 통합계약 운영은 각 모듈보험의 전부 소멸시까지 적용됩니다.

제 4 관 기타사항

제 9 조 준용규정

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 통합체결계약을 구성하는 각 모듈보험 주계약 약관을 준용합니다.

장애인전용 세제전환특약(K1.2) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 주된 보험계약에 세제혜택을 부여하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 전환대상계약: 제3조(특약의 성립) 제1항의 각 호를 모두 만족하는 주된 보험계약(특약이 부가되어있는 경우 해당되는 특약을 포함합니다.)을 말합니다.
2. 특약: 전환대상계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 보험계약자: 보험회사(이하 '회사'라 합니다)와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이하 '계약자'라 합니다.
4. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

제 3 조 특약의 성립

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함하며, 이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 계약자가 장애인전용보험으로 세제전환을 청약하고 회사가 승낙함으로써 적용합니다.

1. 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인(이하 '장애인'이라 합니다)인 보험

【 이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시】

예1) 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 1인은 비장애인, 1인은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

예2) 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 1인은 비장애인, 1인은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

예3) 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 4 조 특약의 소멸

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 전환대상계약이 해지, 기타 사유로 효력이 없게 된 경우
2. 전환대상계약이 제3조(특약의 성립) 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우
3. 제5조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제3조(특약의 성립) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우

제 5 조 제출서류

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인 증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인 증명서"라 합니다)을 제출하고 제3조(특약의 성립) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따른 상이자의 증명을 받은 사람」또는「장애인복지법에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람」에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애사실을 증명하는 서류를 제출한 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 다시 제출하여야 합니다.

제 6 조 장애인전용보험으로의 전환

① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용 보험으로 전환하여 드립니다.
② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 세제전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【설명】
2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년 6월 1일~2019년 12월 31일) 납입된 보험료만 장애인전용 보장성보험으로 표시됩니다.

③ 제2항에도 불구하고,「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제3조(특약의 성립) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」또는「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제7조(전환해지)에 따라 전환을 해지하는 경우」에는 당해년도에 납입한 전환대상계약 보험료 전체가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제4조(특약의 소멸) 제3호에 따라 이 특약의 효력이 없어진 경우에는 그러하지 않습니다.

【설명】
2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 해지한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(특약의 소멸) 제1호 및 제2호에 따라 이 특약의 효력이 없어진 경우 또는 제7조(전환해지)에 따라 계약자가 전환을 해지한 경우, 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제4조(특약의 소멸) 제3호에 따라 이 특약의 효력이 없어진 경우에는 그러하지 않습니다.

제 7 조 전환해지

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 세제전환을 해지할 수 있으며, 이 경우 전환해지 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 8 조 준용규정

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 법령에서 정하는 바에 따릅니다.
② 소득세법 등 관련 법령이 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

지정대리청구서비스특약(K1.9) 약관

제 1 관 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험수익자의 대리인이 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
   다. 보험계약자: 보험회사(이하 '회사'라 합니다)와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이하 '계약자'라 합니다.
   라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 대리청구인 관련 용어
   지정대리청구인: 계약자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는, 회사가 정한 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제7조(지정대리청구인의 지정) 제1항에 따라 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 청구

① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서
   3. 지정대리청구인의 사진이 붙은 정부기관 발행 주민등록증이나 운전면허증 등
   4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
   5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 4 조 보험금의 지급절차

① 지정대리청구인은 제3조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는, 회사가 정한 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 해당 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 5 조 특약의 성립과 적용대상

① 이 특약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.

② 이 특약의 적용대상은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약으로 합니다.

제 6 조 특약의 소멸

제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항에 따른 적용대상 계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 4 관 지정대리청구인의 지정

제 7 조 지정대리청구인의 지정

① 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 자 중에서 지정대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정 시 대표대리인을 지정)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 지정대리청구인 신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
3. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)

③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항에 따른 적용대상 계약의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제 8 조 지정대리청구인의 변경 지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
3. 계약자의 신분증

제 5 관 기타사항

제 9 조 준용규정

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

출산육아휴직 보험료 납입유예특약 약관

제 1 조 목적

이 특약은 회사가 별도로 정하는 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 그 특약을 포함합니다)의 보험료 납입을 유예하는 것을 목적으로 합니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 해당계약: 이 특약의 적용을 받는 주계약 및 특약을 말합니다. 이때, 주계약 및 특약은 보장성 보험에 한합니다.
2. 해당계약 보험료: 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 보험료(이하 '보험료'라 합니다)를 말합니다.

제 3 조 신청대상에 관한 사항

① 이 특약은 해당계약의 계약자가 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 「계약자 또는 계약자의 배우자(보험료 납입유예 신청일 기준 가족관계증명서 또는 주민등록등본상의 배우자로 하며, 이하 같습니다)」의 출산일로부터 1년 이내인 경우. 이 때, 출산은 유산 및 사산은 포함하지 않습니다.
2. 「계약자 또는 계약자의 배우자」가 육아휴직(육아기 근로시간 단축을 포함합니다) 기간 중인 경우

② 제1항 제2호의 육아휴직은 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 및 「국가공무원법」 등 관계 법령에서 정한 바에 따르며, 해당 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 적용대상의 기준이 변경된 경우에는 보험료 납입유예 신청 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

【 육아휴직 】

육아휴직이란 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조(육아휴직), 「국가공무원법」 제71조(휴직)에 따라 근로자 또는 공무원이 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.

【 육아기 근로시간 단축 】

육아기 근로시간 단축이란 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제 19 조의 2(육아기 근로시간 단축), 「국가공무원법」 제 26 조의 2(근무시간 단축 임용등)에 따라 근로자 또는 공무원이 만 12 세 이하 또는 초등학교 6 학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

제 4 조 보험료 납입유예 신청에 관한 사항

① 계약자는 주계약의 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 제3조(신청대상에 관한 사항)에 따른 적용대상에 해당하는 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하 '납입유예'라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 또한, 계약자는 납입유예 신청시 보험료 납입이 유예되는 기간(이하 '납입유예기간'이라 합니다)을 「6개월 또는 12개월」 중 하나의 기간으로 선택하여야합니다. 이때, 납입유예기간은 주계약의 보험료 납입주기 이상으로 선택 가능합니다.

【 납입유예기간 】

주계약의 보험료 납입주기가 '연납'인 경우에는 납입유예기간은 12개월에 한하여 선택이 가능합니다.

② 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입유예를 신청하여야 합니다.

1. 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
2. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 확인할 수 있는 서류
   가. 출산: 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서

나. 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함): 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 확인서, 주민등록등본, 가족관계증명서

3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신청할 수 없습니다.

1. 이미 납입유예를 신청한 경우(제5조(보험료 납입유예에 관한 사항) 제7항에 따라 취소한 경우 또는 다른 제도성특약을 통해 납입유예를 신청한 경우를 포함합니다)
2. 주계약 보험료 납입이 완료된 계약(주계약 보험료 납입면제된 계약 또는 주계약의 보험료 납입기간이 지난 계약을 포함합니다) 또는 주계약의 보험료 의무납입이 종료된 계약
3. 보험료 납입연체가 있는 경우. 다만, 연체된 보험료를 모두 납입한 경우 납입유예 신청이 가능합니다.
4. 보험료 납입 일시중지 또는 자동대출 납입이 적용된 계약
5. 중도인출 또는 보험계약대출이 적용된 계약
6. 주계약의 잔여 납입기간이 2년 미만인 경우(갱신형 주계약의 갱신일까지의 잔여 납입기간이 2년 미만인 경우를 포함합니다)
   다만, 주계약의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우에 해당되는 경우, 6개월 납입유예만 신청이 가능합니다. (갱신형 주계약의 갱신일까지의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우를 포함합니다)
7. 납입유예기간 동안 납입하지 않을 해당계약 보험료(이하 '납입유예 보험료'라 합니다) 총액이 납입유예 신청 시점 해당계약의 해약환급금을 초과하는 경우. 다만, '납입유예기간 중 갱신형 보험의 갱신일이 도래하여 납입유예기간 동안 납입유예 보험료가 해당계약의 해약환급금을 초과하는지 판단할 수 없는 경우'에는 납입유예 신청일 기준의 갱신형 보험의 요율에서 갱신시 연령증가분(갱신 시점 연령으로 가입했다면 납입해야 할 보험료)만 반영하여 초과 여부를 판단할 수 있습니다.

제 5 조 보험료 납입유예에 관한 사항

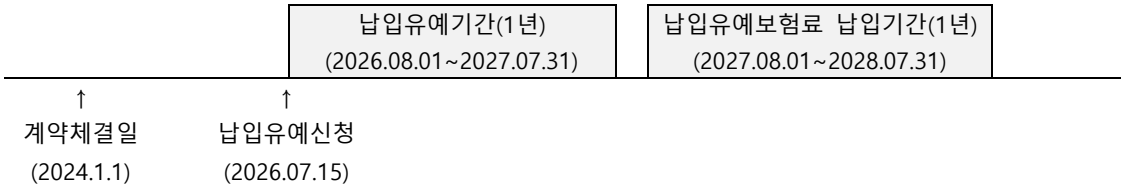
① 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 해당계약의 납입기일부터 납입유예 기간 동안 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 납입유예기간 동안 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장하고, 계약자적립액 등을 계산합니다.

② 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일부터 납입유예기간과 동일 기간(이하 '납입유예 보험료 납입기간'이라 합니다)동안 납입유예 보험료를 '납입유예 보험료 납입기간'의 보험료와 함께 납입해야 합니다. 이때, '납입유예 보험료 납입기간'의 보험료란 납입유예 신청 전의 해당 기간 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 보험료(이하 '납입유예 보험료 납입기간 정상보험료'라 합니다)를 말합니다.

③ 제2항에서 납입유예기간 중 해당계약 갱신형 보험의 갱신일 도래시, 갱신형 보험의 납입유예보험료는 갱신일 이전기간에 대해서는 갱신 전 보험료, 갱신일 이후 기간에 대해서는 갱신 후 보험료로 합니다.

【 보험료 납입유예 예시 】

주계약(비갱신형, 월납, 20년납), 갱신형특약 갱신주기 3년(전기납), 납입유예기간 1년,
계약체결일 2024년 1월 1일, 갱신형특약 갱신도래일 2027년 1월 1일 기준



구분	납입보험료	납입유예 기간(1년)	납입유예보험료 납입기간(1년)	납입유예 보험료
주계약	20만원	2026.08.01 ~2027.07.31	2027.08.01~2028.07.31 (매월 납입기일에 총 12회 납입)	20만원×12회
갱신형 특약	최초계약: 3만원 1회차 갱신계약: 4만원			최초계약: 3만원×5회 1회차갱신계약: 4만원×7회

④ '납입유예 보험료 납입기간' 동안 납입유예 보험료와 '납입유예 보험료 납입기간 정상보험료'를 납입하지 않아 보험료의 납입이 연체되는 경우에는 주계약 약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에 따라 해당 계약은 해지될 수 있습니다. 이때, 주계약 약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 보며, '납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용'에는 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료 전액이 차감된다는 내용을 포함합니다.

⑤ 제4항에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 주계약 약관의 '보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이때, 주계약 약관의 '보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에서 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 봅니다.

⑥ 제1항 및 제2항에도 불구하고 해당계약 전체 또는 일부의 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우, 계약자는 즉시 납입면제 되기 전까지의 해당계약의 납입유예 보험료 전체를 일시 납입하여야 하며, 주계약 약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 납입유예 보험료를 납입하지 않으면 해당 계약은 해지될 수 있습니다.

⑦ 계약자는 납입유예기간동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 보험료를 납입할 수 있습니다. 납입유예 취소 신청시 납입유예 취소 신청전까지의 납입유예 보험료 전액을 일시에 납입하고, 납입유예기간은 그 때부터 종료됩니다. 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 해당계약 보험료 납입기일까지 해당계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑧ 제2항에도 불구하고 계약자의 선택에 따라 '납입유예 보험료 납입기간' 중에 납입유예 보험료를 일시에 납입하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

⑨ 제2항에도 불구하고 계약자가 '납입유예 보험료 납입기간 정상보험료'를 선납하고자 하는 경우에는 납입유예 보험료를 일시에 납입해야 합니다. 이때, 선납 할인이 있는 경우에도 납입유예 보험료는 선납할인 대상에서 제외합니다.

⑩ 제8항 및 제9항의 경우 '납입유예 보험료 납입기간'은 종료된 것으로 봅니다.

⑪ 계약자는 납입유예기간 및 '납입유예 보험료 납입기간' 동안 보험가입금액 감액, 계약자, 납입기간 및 기타 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑫ 계약자는 납입유예기간 및 '납입유예 보험료 납입기간' 동안 중도인출, 보험계약대출 및 중도부가서비스를 신청할 수 없습니다.

⑬ 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료, '납입유예 보험료 납

입기간'동안 납입하여야 할 보험료 납입에 관한 사항 및 납입유예 신청 및 처리로 인해 계약에 적용되는 주요사항을 전자문서 등의 방법으로 안내합니다.

⑭ 회사는 해당계약의 전부 또는 일부에 대해 해약환급금 또는 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우 지급사유가 발생하기 전까지의 '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급합니다. 다만, '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'가 해약환급금 또는 보험금보다 큰 경우에는 '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'의 일시 납입을 요구할 수 있으며 이 경우 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

제 6 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

특정 신체부위·질병 보장제한부 인수특약(K3.7) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
4. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
5. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
6. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
7. 해당계약: 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약을 말합니다.

제 3 조 한국표준질병·사인분류 적용기준

① 이 약관에서 규정하는 질병분류는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)가 기준이나, 이후 진단 당시 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우에는 개정된 기준으로 최종 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 면책하는 질병 해당여부를 판단하며, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 면책하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항을 적용함에 있어 이 약관에서 진단 기준을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

【예시】

· 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에는 약관에서 정한 면책조건의 질병에 해당되지 아니하나, 진단 당시 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 약관상 면책하는 질병에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않으며 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

· 피보험자가 진단 당시의 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에는 약관에서 정한 면책조건의 질병으로 보험금 청구가 되어 보험금 지급이 거절되었으나, 진단 이후 제10차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준에서는 면책조건의 질병에 해당하지 않더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조 특약면책조건의 내용

① 회사는 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호에서 정한 질병 중 어느 하나를 직접적인 원인으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 보험금을 지급하지 않으며 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 사망하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

1. 별표1 '특정신체부위의 분류번호' 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 '특정신체부위'라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병
2. 별표2 '특정질병의 분류번호' 중에서 회사가 지정한 질병(이하 '특정질병'이라 합니다)

② 제1항의 면책기간은 특정질병 또는 특정신체부위의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「해당계약의 보험기간」으로 합니다. 다만, 해당계약이 갱신계약인 경우 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「해당계약의 보험기간」은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 면책판단

은 회사에서 정한 계약인수지침을 따르며, 개개인의 질병(계약 전 알릴의무 사항에 해당하는 질병)의 상태 등을 판단하여 의학적 인과관계가 있는 경우 면책조건을 부가할 수 있습니다.

【갱신계약】
계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 자동적으로 갱신되는 계약

【계약인수지침】
피보험자를 대상으로 직업, 건강, 재정 상태 등 보험가입에 대한 적합여부를 판단하는 기준을 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험업법 제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위) 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위) 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 '유사계약'이라 합니다)이 해당계약 청약일 현재 유지중이거나, 해당계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 면책기간 종료일 이내에서 해당계약의 면책기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 해당계약의 특정질병 또는 특정신체부위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료는 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원급여금, 수술자금, 진단자금 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에도 불구하고 회사는 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 보험금을 지급하며 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 재해로 인하여 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
4. 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년) 이내에 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없고, 청약일부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

⑤ 제4항 제4호의 '청약일'이라 함은 해당계약의 청약일을 말합니다. 단, 해당계약 청약일 현재 면책기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 해당계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 해당계약 청약일 사이에 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우 해당계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑥ 제3항, 제4항 제4호 및 제5항의 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑦ 제4항 제4호의 '청약일 이후 5년 이내'라 함은 해당계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 이 특약에서 정한 면책기간이 경과하였거나 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지난 경우에는 면책기간의 종료 등을 서면(우편 등), 전화(음성녹음 포함) 또는 전자문서(문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

⑨ 제8조(해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제4항 제4호의 청약일로 하여 적용합니다.
⑩ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음 날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
⑪ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
⑫ 제1항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제 5 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약 또는 특약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 주계약 또는 특약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우에 계약자의 청약(請約) 또는 신청(申請)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약 또는 특약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 제1항에 따라 이 특약을 부가할 때 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

제 6 조 특약의 소멸

① 해당계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

② 해당계약에서 정한 보장개시일 전일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. **제4조(특약면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 전일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우**
2. **제4조(특약면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 전일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우**

제 7 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 8 조 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 해당계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 해당계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 해당계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(특약의 보장개시)를 따릅니다.

제 9 조 해당계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 해당계약 약관을 따릅니다.

【 별표 1 】

특정신체부위의 분류번호

분류번호	특정신체부위의 명칭
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데 귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]

분류번호	특정신체부위의 명칭
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)
51	골반부(장골, 좌골, 치골)

【 별표 2 】

특정질병의 분류번호

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 특정질병으로 분류된 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

병 명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	
뇌혈관질환	I60~I69	
당뇨병	E10~E14	
	O24	임신중 당뇨병
고혈압성 질환	I10~I13, I15	
결핵	A15~A19, B90	
담석증	K80	담석증
요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
	N21	하부요로의 결석
	N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
	N23	상세불명의 신장 급통증
임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간증
	O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
	O13	임신[임신-유발]고혈압
	O14	전자간증
	O15	자간
골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
	M06	기타 류마티스관절염
	M08	연소성 관절염
	M15	다발관절증
	M16	고관절증
	M17	무릎관절증
	M18	제1수근중수관절의 관절증
	M19	기타 관절증
척추만곡증	M40	척주후만증 및 척주전만증
	M41	척주측만증
통풍	E79	퓨린 및 피라미딘 대사장애
	M10	통풍
고지혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
사시	H49	마비성 사시
	H50	기타 사시
	H51	양안운동의 기타 장애

병 명	분류번호	세부내용
백내장	H25	노년백내장
	H26	기타 백내장
	H27	수정체의 기타 장애
하지정맥류 (정맥염 포함)	I80	정맥염 및 혈전정맥염
	I83	하지의 정맥류
	I87	정맥의 기타 장애
탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니탈장
	K41	대퇴탈장
	K42	배꼽탈장
	K43	복벽탈장
	K44	횡격막탈장
	K45	기타 복부탈장
	K46	상세불명의 복부탈장
	N43	음낭수종 및 정액류
유산	N96	습관적 유산자
	O00	자궁외임신
	O01	포상기태
	O02	기타 비정상적 수태부산물
	O03	자연유산
	O04	의학적 유산
	O05	기타 유산
	O06	상세불명의 유산
	O07	시도된 유산의 실패
	O08	유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증
	O20	초기임신중 출혈
복막의 질환	K65~K67	
골반염	N70	난관염 및 난소염
	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N72	자궁경부의 염증성 질환
	N73	기타 여성골반염증질환
	N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M81	병적 골절이 없는 골다공증
	M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
천식	J45	천식
	J46	천식지속상태
두통	R51	두통
	G43	편두통
	G44	기타 두통증후군

병 명	분류번호	세부내용
빈혈	D50	철결핍빈혈
	D51	비타민B_{12}결핍빈혈
	D52	엽산결핍빈혈
	D53	기타 영양성 빈혈
	D60	후천성 순수적혈구무형성[적모구감소증]
	D61	기타 무형성빈혈
	D62	급성 출혈후 빈혈
	D63	달리 분류된 만성 질환에서의 빈혈
	D64	기타 빈혈
소화기용종	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물
	D13	기타 및 부분불명의 소화계통의 양성 신생물
	K62	항문 및 직장의 기타 질환
	K63	장의 기타 질환
자궁근종	D25	자궁의 평활근종

※ 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 이 약관에 면책하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 '특정질병' 중 일부는 아래와 같이 발현(또는 원인) 코드로 동시 진단될 수 있습니다.

특정질병 대상코드		**발현(또는 원인) 코드**	
대상이 되는 질병	**분류번호**	**대상이되는 질병**	**분류번호**
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*	칸디다심내막염	B37.6†
달리 분류된 세균성 질환에서의 심장막염	I32.0*주)	수막알균성 심장병	A39.5†
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*주)		
달리 분류된 세균성 질환에서의 심근염	I41.0*주)		
달리 분류된 세균성 질환에서의 기타 심장장애	I52.0*주)		
골 및 관절의 결핵	A18.0†	결핵관절염	M01.1*
		척추의 결핵	M49.0*
		뼈의 결핵	M90.0*
비뇨생식계통의 결핵	A18.1	결핵성 방광염	N33.0*
		자궁경부의 결핵감염	N74.0*
		여성 결핵성 골반염증질환	N74.1*

특정질병 대상코드		발현(또는 원인) 코드	
장, 복막 및 장간막 림프절의 결핵	A18.3	결핵성 복막염	K67.3*
		장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0*
류마티스폐질환	M05.1†	류마티스폐질환	J99.0*
자궁경부의 결핵감염	N74.0*	여성생식기관의 결핵	A18.17†
여성 결핵성 골반염증성질환	N74.1*		

주) I32.0~I52.0은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A39.5†도 보장합니다. 즉, I32.0~I52.0 중 일부만 보장하는 경우 A39.5†는 보장하지 않습니다.

※ 발현코드와 원인코드는 한국표준질병·사인분류 기준에 따라 상기와 같이 정의되며, 원인과 질환에 따라 병행하여 동시에 기재할 수 있습니다. 즉, 발현코드는 원인코드의 부가적인 질병분류번호로서, 다양한 원인 질환(원인코드)과 병행될 수 있습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

②「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- 법적 개입 중 법적 처형(Y35.5)

③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

표준하체인수특약(K3.8) 약관

제 1 조 목적

이 특약은 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특약: 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 해당계약: 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약을 말합니다.
4. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
5. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
6. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
7. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
   이 특약을 2인보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 회사가 정한 자로 합니다.
8. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
9. 재해: 별표 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
10. 표준체, 표준하체: 표준체는 건강상태에 따라 위험률을 할인·할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 피보험자를 말하고, 표준하체는 위험도가 일반 위험률보다 높아 표준체와 동일한 조건으로는 계약이 불가능한 피보험자를 말합니다.
11. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

제 3 조 특약의 내용

이 특약은 피보험자의 건강상태로 보험회사가 정한 표준체보험에 가입할 수 없다고 인정된 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제 4 조 특약의 부가조건

① 특약에 따라 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(割增危險率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에 정한 보험금을 지급합니다.

【할증위험률】
피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높게 적용되는 위험률

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間) 내에 피보험자에게 재해 이외의 원인으로 해당계약의 삭감대상 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약할 때 정

한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다. 삭감기간이 경과한 이후 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금의 100%를 지급합니다.

가. 계단식 보험금감액법

경과기간	기준	삭감기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년 미만	해당계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년 이상 2년 미만		100%	60%	50%	40%	30%
2년 이상 3년 미만		100%	100%	75%	60%	45%
3년 이상 4년 미만		100%	100%	100%	80%	60%
4년 이상 5년 미만		100%	100%	100%	100%	80%

나. 평준식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 삭감기간 동안 50%이상의 범위 내에서 회사가 정한 동일한 보험금지급비율을 적용하여 보험금을 지급합니다.

그러나 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 발생한 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 n년증이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(倂用)할 수 있습니다.

② 제1항 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 해당계약이 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)인 경우 삭감기간의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약인수지침을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

【계약인수지침】
피보험자를 대상으로 직업, 건강, 재정 상태 등 보험가입에 대한 적합여부를 판단하는 기준을 말합니다.

③ 제1항 제1호 내지 제4호에 따라 계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 5 조 특약의 성립

이 특약은 계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우에 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 해당계약에 부가하여 이루어집니다.

제 6 조 특약내용의 변경

① 이 특약이 부가된 해당계약의 경우에는 해당계약의 약관에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

【감액완납보험】
보험료 납입기간 중 보험료 납입이 어려워졌을 경우 보험계약의 보험기간 및 보험금의 지급사유 등은 유지하면서 보장금액을 낮추어 보험료 납입을 완료시키는 보험을 말합니다.

【연장보험】
차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 정기보험(일정기간 동안 사망을 보장하는 보험)으로 변경하는 보험

② 피보험자의 건강상태 호전 등으로 인하여 위험의 정도가 감소된 경우에 계약자는 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험료를 감액할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 이 특약의 보험료를 감액한 경우 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조(피보험자의 건강상태의 변경에 따른 특약의 해지) 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 7 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.

제 8 조 특약의 소멸

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 해당계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

2. 피보험자가 사망한 경우

'사망'은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

가. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

나. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 9 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 10 조 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 해당계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제 11 조 피보험자의 건강상태의 변경에 따른 특약의 해지

① 이 특약을 부가하여 해당계약을 가입하였으나 피보험자의 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약을 부가하지 않고도 해당계약 가입이 가능한 상태가 된 경우에 계약자는 회사의 승낙을 얻어 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우 회사는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산된 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 또한, 미경과보험료가 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

제 12 조 해당계약 약관의 준용

이 특약에 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당계약 약관에 따릅니다.

【 별표 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

②「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- 법적 개입 중 법적 처형(Y35.5)

③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 제1항(보장대상이 되는 재해) 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 제2항(보험금을 지급하지 않는 재해) 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

한화생명 e건강보험

무배당

Ⅰ. 장해분류표

약관에서 주로 사용되고 있는 분류표의 내용을
설명해 드립니다.

【 별표 】

장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 두 눈이 멀었을 때	100
2. 한 눈이 멀었을 때	50
3. 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4. 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5. 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6. 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7. 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8. 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
4) '한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   ※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이

경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.

12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2. 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3. 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4. 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5. 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6. 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7. 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4

항목	내 용	점수
	단기 통원치료(6개월간 6회이상) 단기 통원치료(6개월간 6회미만)	2 0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	20 12 8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
   가) 뇌영상검사(CT, MRI)
   나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2. 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2. 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3. 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4. 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5. 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6. 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7. 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8. 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9. 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10. 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2. 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2. 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3. 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4. 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5. 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6. 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7. 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8. 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9. 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2. 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

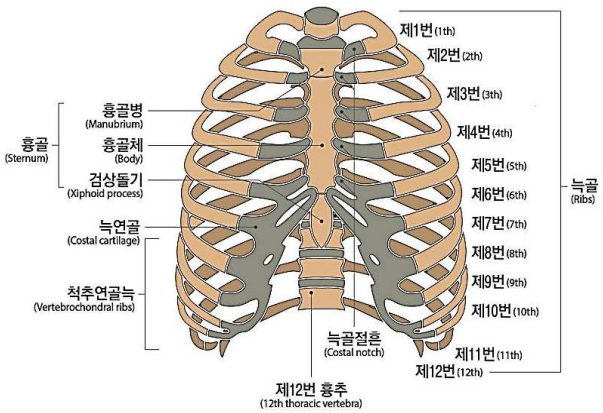
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

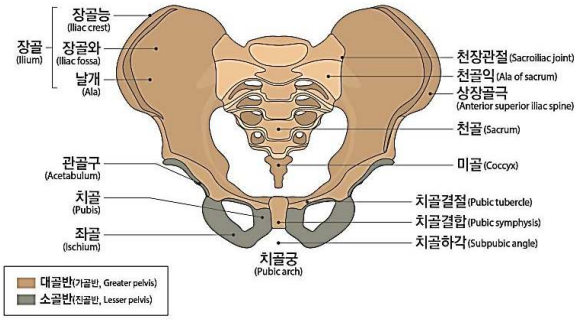
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2. 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7. 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8. 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9. 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0

등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2. 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7. 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8. 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9. 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10. 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11. 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12. 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
12) '가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하

였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2. 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3. 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4. 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5. 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6. 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

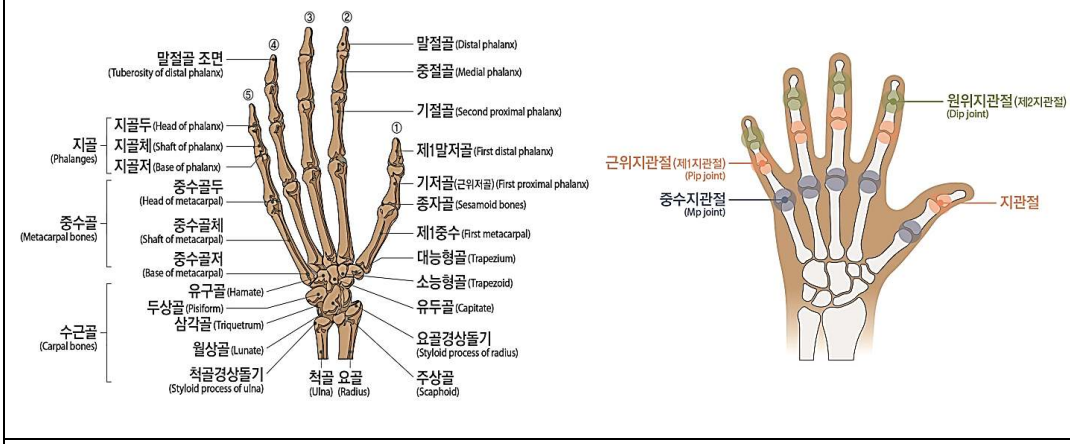
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2. 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3. 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4. 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5. 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6. 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7. 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

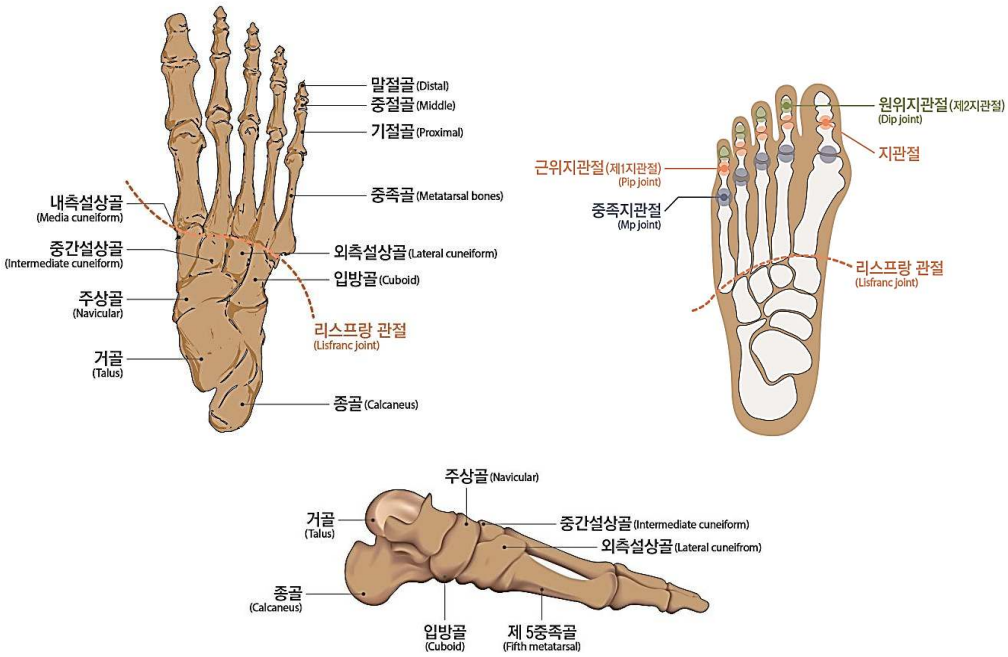
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락

에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 심장 기능을 잃었을 때	100
2. 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3. 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4. 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5. 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토

록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2. 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3. 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4. 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5. 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6. 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7. 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8. 심한 치매: CDR 척도 4점	80
9. 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
10. 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11. 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12. 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13. 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 '<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) '치매'라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) '뇌전증'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) '심한 뇌전증 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) '뚜렷한 뇌전증 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) '약간의 뇌전증 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지

는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) '경증발작'이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

< 붙임 >

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유 형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

한화생명 e건강보험 무배당

Ⅰ. 보험용어해설

Ⅱ. 약관에서 인용된 법령 내용

약관에서 일반적으로 사용되고 있는 보험용어와
인용된 법·규정의 조문 내용을 설명해 드립니다.

보험용어 해설

1. 보험약관
보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

2. 보험증권
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

3. 계약자
보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

4. 피보험자
보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람

5. 보험수익자
보험금 지급사유가 발생하는 때에 보험회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

6. 보험료
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

7. 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원 및 보험기간 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

8. 보험기간
보험계약에 따라 보장을 받는 기간

9. 보장개시일
보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
* 보장에 따라 별도의 보장개시일이 존재할 수 있음

10. 보험가입금액
보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액(적립액) 등이 결정됨

11. 계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한금액

12. 해약환급금
보험계약이 해지되는 때에 보험회사가 보험계약자에게 돌려주는 금액

13. 위험보험료
보험약관에서 정하는 보험금을 지급하기 위하여 매월 적립액에서 공제하는 비용을 말합니다.

【부록】약관에서 인용된 법령 내용 (가나다 순)

□ **아래 법령은 약관에서 인용한 법령으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.**
다만, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.
□ **아래 법령은 2026년 4월 기준의 예시이며, 해당 법령 개정시 개정된 내용이 적용됩니다.**
또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용이 적용됩니다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "감염병"이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 에볼라바이러스병
   나. 마버그열
   다. 라싸열
   라. 크리미안콩고출혈열
   마. 남아메리카출혈열
   바. 리프트밸리열
   사. 두창
   아. 페스트
   자. 탄저
   차. 보툴리눔독소증
   카. 야토병
   타. 신종감염병증후군
   파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
   하. 중동호흡기증후군(MERS)
   거. 동물인플루엔자 인체감염증
   너. 신종인플루엔자
   더. 디프테리아
3. "제2급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시24시간 이내에 신고하여야 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 결핵(結核)
   나. 수두(水痘)
   다. 홍역(紅疫)
   라. 콜레라
   마. 장티푸스
   바. 파라티푸스

사. 세균성이질
아. 장출혈성대장균감염증
자. A형간염
차. 백일해(百日咳)
카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎)
타. 풍진(風疹)
파. 폴리오
하. 수막구균 감염증
거. b형헤모필루스인플루엔자
너. 폐렴구균 감염증
더. 한센병
러. 성홍열
머. 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증
버. 카바페넴내성장내세균목(CRE) 감염증
서. E형간염

4. "제3급감염병"이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 파상풍(破傷風)
나. B형간염
다. 일본뇌염
라. C형간염
마. 말라리아
바. 레지오넬라증 사. 비브리오패혈증
아. 발진티푸스
자. 발진열(發疹熱)
차. 쯔쯔가무시증
카. 렙토스피라증
타. 브루셀라증
파. 공수병(恐水病)
하. 신증후군출혈열(腎症侯群出血熱)
거. 후천성면역결핍증(AIDS)
너. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)
더. 황열
러. 뎅기열
머. 큐열(Q熱)
버. 웨스트나일열
서. 라임병
어. 진드기매개뇌염
저. 유비저(類鼻疽)
처. 치쿤구니야열
커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)
터. 지카바이러스 감염증
퍼. 매독(梅毒)

5. "제4급감염병"이란 제1급감염병부터 제3급감염병까지의 감염병 외에 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 질병관리청장이 지정하는 감염병을

포함한다.
가. 인플루엔자
나. 삭제
다. 회충증
라. 편충증
마. 요충증
바. 간흡충증
사. 폐흡충증
아. 장흡충증
자. 수족구병
차. 임질
카. 클라미디아감염증
타. 연성하감
파. 성기단순포진
하. 첨규콘딜롬
거. 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증
너. 메티실린내성황색포도알균(MRSA) 감염증
더. 다제내성녹농균(MRPA) 감염증
러. 다제내성아시네토박터바우마니균(MRAB) 감염증
머. 장관감염증
버. 급성호흡기감염증
서. 해외유입기생충감염증
어. 엔테로바이러스감염증
저. 사람유두종바이러스 감염증
(이하 생략)

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

제6조(의사 등의 감염병 발생신고)

① 법 제11조제1항 각 호 외의 부분 단서, 제3항 및 제4항에 따라 같은 조 제1항제1호, 제3호 및 제4호에 해당하는 사실을 신고하려는 의사, 치과의사, 한의사, 의료기관의 장 또는 소속 부대장은 별지 제1호의3서식의 감염병 발생·사망(검안) 신고서(전자문서로 된 신고서를 포함한다)를 질병관리청장에게 정보시스템을 이용하여 제출하거나 감염병환자, 감염병의사환자 또는 병원체보유자(이하 "감염병환자등"이라 한다) 또는 신고인의 소재지를 관할하는 보건소장에게 정보시스템 또는 팩스를 이용하여 제출해야 한다. 다만, 제1급감염병의 경우에는 신고서를 제출하기 전에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 구두, 전화 등의 방법으로 알려야 한다.

② 법 제11조제3항에 따라 신고를 하려는 감염병병원체확인기관의 장은 별지 제1호의5서식의 병원체 검사결과 신고서(전자문서로 된 신고서를 포함한다)를 질병관리청장에게 정보시스템을 이용하여 제출하거나 해당 감염병병원체 확인을 의뢰한 기관의 소재지를 관할하는 보건소장에게 정보시스템 또는 팩스를 이용하여 제출해야 한다. 다만, 제1급감염병의 경우에는 신고서를 제출하기 전에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 구두, 전화 등의 방법으로 알려야 한다.

③ 법 제11조제2항 및 제3항에 따라 보고 및 신고를 해야 하는 감염병은 제1급감염병부터 제3급감염병까지로 한다.

④ 법 제11조제5항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제3호에 해당하는 사실을 신고하려는 감염병 표본감시기관은 질병관리청장이 정하는 표본감시기관용 신고서(전자문서로 된 신고서를 포함한다)를 질

병관리청장이나 감염병환자등 또는 표본감시기관의 소재지를 관할하는 보건소장에게 정보시스템 또는 팩스를 이용하여 제출해야 한다.

⑤ 법 제11조제6항에 따른 감염병환자등의 진단 기준은 별표 2와 같으며, 그 밖의 세부 사항은 질병관리청장이 정하여 고시한다.

제16조(역학조사반원증)

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제16조제2항에 따른 역학조사반원증은 별지 제6호서식과 같다.

개인정보보호법

제15조(개인정보의 수집・이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집・이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호, 제3 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자

2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.

1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 삭제

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 삭제

⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제24조의2(주민등록번호 처리의 제한)

① 제24조제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.
1. 법률·대통령령·국회규칙·대법원규칙·헌법재판소규칙·중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우
2. 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
3. 제1호 및 제2호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제24조제3항에도 불구하고 주민등록번호가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

③ 개인정보처리자는 제1항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.

④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제3항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련·지원할 수 있다.

고등교육법

제4조(학교의 설립 등)

① 학교를 설립하려는 자는 시설·설비 등 대통령령으로 정하는 설립기준을 갖추어야 한다.

② 국가 외의 자가 학교를 설립하려는 경우에는 교육부장관의 인가를 받아야 한다.

③ 공립학교나 사립학교의 설립자·경영자가 학교를 폐지하거나 대통령령으로 정하는 중요 사항을 변경하려는 경우에는 교육부장관의 인가를 받아야 한다.

고용보험법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "피보험자"란 다음 각 목에 해당하는 사람을 말한다.
   가. 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」(이하 "고용산재보험료징수법"이라 한다) 제5조제1항·제2항, 제6조제1항, 제8조제1항·제2항, 제48조의2제1항 및 제48조의3제1항에 따라 보험에 가입되거나 가입된 것으로 보는 근로자, 예술인 또는 노무제공자
   나. 고용산재보험료징수법 제49조의2제1항·제2항에 따라 고용보험에 가입하거나 가입된 것으로 보는 자영업자(이하 "자영업자인 피보험자"라 한다)
2. "이직(離職)"이란 피보험자와 사업주 사이의 고용관계가 끝나게 되는 것(제77조의2제1항에 따른 예술인 및 제77조의6제1항에 따른 노무제공자의 경우에는 문화예술용역 관련 계약 또는 노무제공계약이 끝나는 것을 말한다)을 말한다.
3. "실업"이란 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업하지 못한 상태에 있는 것을 말한다.
4. "실업의 인정"이란 직업안정기관의 장이 제43조에 따른 수급자격자가 실업한 상태에서 적극적으로 직업을 구하기 위하여 노력하고 있다고 인정하는 것을 말한다.
5. "보수"란 「소득세법」 제20조에 따른 근로소득에서 대통령령으로 정하는 금품을 뺀 금액을 말한다. 다만, 휴직이나 그 밖에 이와 비슷한 상태에 있는 기간 중에 사업주 외의 자로부터 지급받는 금품 중 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금품은 보수로 본다.
6. "일용근로자"란 1개월 미만 동안 고용되는 사람을 말한다.

제43조(수급자격의 인정)

① 구직급여를 지급받으려는 사람은 직업안정기관의 장에게 제40조제1항제1호부터 제3호까지·제5호 및 제6호에 따른 구직급여의 수급 요건을 갖추었다는 사실(이하 "수급자격"이라 한다)을 인정하여 줄 것을 신청하여야 한다.

② 직업안정기관의 장은 제1항에 따른 수급자격의 인정신청을 받으면 그 신청인에 대한 수급자격의 인정 여부를 결정하고, 대통령령으로 정하는 바에 따라 신청인에게 그 결과를 알려야 한다.

③ 제2항에 따른 신청인이 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에는 마지막에 이직한 사업을 기준으로 수급자격의 인정 여부를 결정한다. 다만, 마지막 이직 당시 일용근로자로서 피보험 단위기간이 1개월 미만인 사람이 수급자격을 갖추지 못한 경우에는 일용근로자가 아닌 근로자로서 마지막으로 이직한 사업을 기준으로 결정한다.
   1. 피보험자로서 마지막에 이직한 사업에 고용되기 전에 피보험자로서 이직한 사실이 있을 것
   2. 마지막 이직 이전의 이직과 관련하여 구직급여를 받은 사실이 없을 것

④ 직업안정기관의 장은 제2항 및 제3항에 따라 신청인에 대한 수급자격의 인정 여부를 결정하기 위하여 필요하면 신청인이 이직하기 전 사업의 사업주에게 고용노동부령으로 정하는 바에 따라 이직확인서의 제출을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 사업주는 고용노동부령으로 정하는 바에 따라 이직확인서를 제출하여야 한다.

⑤ 제2항에 따라 수급자격의 인정을 받은 사람(이하 "수급자격자"라 한다)이 제48조 및 제54조제1항에

따른 기간에 새로 수급자격의 인정을 받은 경우에는 새로 인정받은 수급자격을 기준으로 구직급여를 지급한다

고용보험법 시행령

제62조(수급자격의 인정)

① 직업안정기관의 장은 제61조에 따라 수급자격 인정신청서를 받은 경우에 그 신청인이 법 제43조제1항에 따른 구직급여의 수급자격이 인정되면 최초의 실업인정일에 보험 수급자격증(이하 "수급자격증"이라 한다)을 내주어야 한다.

② 직업안정기관의 장은 수급자격 인정신청서를 제출한 사람이 법 제43조제1항에 따른 구직급여의 수급자격이 인정되지 않는 경우에는 그 신청인에게 해당 사실을 알려야 한다.

③ 수급자격자가 제1항에 따라 발급받은 수급자격증이 헐어 못쓰게 되거나 잃어버린 경우에는 신청지 관할 직업안정기관의 장에게 재발급을 신청하여야 한다.

④ 수급자격자가 이름, 주민등록번호, 주소나 거소를 변경하거나 정정한 경우에는 신청지 관할 직업안정기관의 장에게 신고하여야 한다. 이 경우 직업안정기관의 장은 수급자격증의 관련 사항을 수정하여 반환하여야 한다.

⑤ 제1항에 따라 수급자격증을 발급받은 사람은 수급자격 인정의 근거가 된 수급자격 인정명세서를 발급하여 줄 것을 해당 수급자격을 인정한 직업안정기관의 장에게 청구할 수 있다.

관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2.「공직선거법」제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우

3. 제2조제2호・제4호・제7호・제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일・일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제41조(의료지원)

국가는 국가유공자와 그 유족 등이 건강한 생활을 유지하고 필요한 진료 등을 받을 수 있도록 의료지원을 한다.

제42조(진료)

① 전상군경, 공상군경, 4・19혁명부상자, 공상공무원 및 특별공로상이자가 그 상이처에 대한 진료를 필요로 하거나 질병(부상을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)에 걸린 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가의 의료시설[「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원(이하 "보훈병원"이라 한다)을 포함한다] 또는 지방자치단체의 의료시설에서 진료한다. 다만, 본인의 고의에 의하여 생긴 질병의 경우에는 그러하지 아니하다.

② 국가는 제1항에 따른 진료를 국가나 지방자치단체 외의 의료시설에 위탁할 수 있다.

③ 제1항과 제2항에 따른 진료비용(약제비용을 포함한다. 이하 이 조 및 제42조의2 후단에서 같다)은 국가가 부담한다. 다만, 지방자치단체의 의료시설에서 진료한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 지방자치단체가 그 일부를 부담할 수 있다.

④ 전상군경, 공상군경, 4・19혁명부상자, 공상공무원 및 특별공로상이자 중 대통령령으로 정하는 상이등급 미만으로 판정된 사람이 그 상이처 외에 질병에 걸려 제1항에 따른 의료시설 및 제2항에 따라 진료를 위탁받은 의료시설에서 진료를 받는 경우에는 제3항에도 불구하고 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 진료 비용의 일부를 본인에게 부담하게 할 수 있다.

⑤ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대하여는 보훈병원에서 진료한다. 이 경우 그 진료 비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 감면(減免)하며, 그 감면된 비용은 국가보훈처장이 예산의 범위에서 해당 보훈병원에 지급할 수 있다.

1. 제1항에 따른 의료지원 대상자가 아닌 국가유공자
2. 국가유공자의 가족 중 배우자
3. 국가유공자의 유족 중 제5조제1항 각 호의 순위에 따른 선순위자 1명. 이 경우 선순위자가 국가유공자의 부 또는 모인 때에는 선순위자가 아닌 모 또는 부를 포함한다.

⑥ 제5항제3호를 적용할 때 유족 중 같은 순위가 2명 이상이면 제13조제2항을 준용한다.

⑦ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 보훈병원 외에 국가보훈처장이 지정하여 진료를 위탁한 의료기관에서 진료를 받을 수 있다. 이 경우 그 진료비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 감면하며, 그 감면된 비용은 국가가 부담한다.

1. 제4조제1항제7호의 무공수훈자
2. 재일학도의용군인
3. 제12조제1항제2호부터 제4호까지에 따른 선순위자로서 75세 이상인 사람1명. 이 경우 선순위자가 제13조제2항제3호에 따른 부모인 경우에는 협의 등에 의하여 1명을 지정하며, 협의 및 지정 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
4. 제16조의3제1항의 6・25전몰군경자녀수당을 지급받는 자

⑧ 제1항부터 제7항까지의 규정에 따른 진료 또는 진료비용 지원의 방법・절차・범위 및 상한 등 의

료지원의 기준은 대통령령으로 정한다.

국민건강보험법

제5조(적용 대상 등)

① 국내에 거주하는 국민은 건강보험의 가입자(이하 "가입자"라 한다) 또는 피부양자가 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 제외한다.

1.「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람(이하 "수급권자"라 한다)

2.「독립유공자예우에 관한 법률」 및「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 사람(이하 "유공자등 의료보호대상자"라 한다). 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 된다.

가. 유공자등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 사람

나. 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자등 의료보호대상자로 되었으나 건강보험의 적용배제신청을 보험자에게 하지 아니한 사람

② 제1항의 피부양자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람으로서 소득 및 재산이 보건복지부령으로 정하는 기준 이하에 해당하는 사람을 말한다.

1. 직장가입자의 배우자
2. 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다)
3. 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다)과 그 배우자
4. 직장가입자의 형제·자매

③ 제2항에 따른 피부양자 자격의 인정 기준, 취득·상실시기 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제41조의2(약제에 대한 요양급여비용 상한금액의 감액 등)

① 보건복지부장관은「약사법」 제47조제2항의 위반과 관련된 제41조제1항제2호의 약제에 대하여는 요양급여비용 상한금액(제41조제3항에 따라 약제별 요양급여비용의 상한으로 정한 금액을 말한다.

이하 같다)의 100분의 20을 넘지 아니하는 범위에서 그 금액의 일부를 감액할 수 있다

② 보건복지부장관은 제1항에 따라 요양급여비용의 상한금액이 감액된 약제가 감액된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 제1항에 따른 감액의 대상이 된 경우에는 요양급여비용 상한금액의 100분의 40을 넘지 아니하는 범위에서 요양급여비용 상한금액의 일부를 감액할 수 있다

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 요양급여비용의 상한금액이 감액된 약제가 감액된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 「약사법」 제47조제2항의 위반과 관련된 경우에는 해당 약제에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 요양급여의 적용을 정지할 수 있다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 요양급여비용 상한금액의 감액 및 요양급여 적용 정지의 기준, 절차, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

(이하 생략)

제44조(비용의 일부부담)

① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 "본인일부부담금"이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.

② 본인이 연간 부담하는 다음 각 호의 금액의 합계액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 "본인부담상한액"이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다.

1. 본인일부부담금의 총액
2. 제49조제1항에 따른 요양이나 출사의 비용으로 부담한 금액(요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액이 보건복지부장이 정하여 고시한 금액보다 큰 경우에는 그 고시한 금액으로 한다)에서 같은 항에 따라 요양비로 지급받은 금액을 제외한 금액

③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.

④ 제2항 각호에에 따른 금액 및 합계액의 산정방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제53조(급여의 제한)

① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.

1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우

3. 고의 또는 중대한 과실로 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우

② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.

③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 제69조제4항제2호에 따른 보수 외 소득월액보험료
2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료

④ 공단은 제77조제1항제1호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제69조제4항제1호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제3항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제3항의 규정을 적용한다.

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 제82조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회(같은 조 제1항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제3항 및 제4항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 "급여제한기간"이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.

1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제82조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1회 이상 낸 경우. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제54조(급여의 정지)

보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다.

1. 삭제
2. 국외에 체류하는 경우
3. 제6조제2항제2호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

국민건강보험법 시행령

제19조(비용의 본인부담)

① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 "본인일부부담금"이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.

②~③ (생략)

④ 법 제44조제2항 각 호 외의 부분 전단에 따른 본인부담상한액(이하 "본인부담상한액"이라 한다)은 별표3의 산정방법에따라 산정된 금액을 말한다.

(이하생략)

[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법(제19조 제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2024년 본인부담상한액 : 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	138만원	87만원
	2구간	174만원	108만원
	3구간	235만원	167만원
	4구간	388만원	313만원
	5구간	557만원	428만원
	6구간	669만원	514만원
	7구간	1,050만원	808만원

*비고 : 위표에서 "120일 초과 입원"이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2024년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 x (1 + 전국소비자물가변동률)

*비고

1) 위 계산식에서 "본인부담상한액"이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
2) 위 계산식에서 "전국소비자물가변동률"이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다.
3) 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.

2. 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

구분	상한액기준보험료 구간	
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

*비고 : 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액 하안 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1구간에 해당하는 것으로 본다.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제5조의2(중증질환심의위원회)

① 중증환자에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.

② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다.

제9조 (비급여대상)

① 법 제 41 조제 4 항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2 와 같다

[별표 2] 비급여대상

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위・약제 및 치료재료
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대・축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
   마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
   바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
   아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자 등에게 실시하는 건강검진 제외)
   나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
   다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
   마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
   바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
   사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
   아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
   가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1

인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료 기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또

는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다. 마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29>

카. 삭제 <2018. 12. 31.>

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제2호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 첨단재생의료 치료계획에 대한 첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 심의위원회의 심의 결과 적합 통보를 받은 첨단재생의료 치료

러. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다

결핵예방법

제21조(대한결핵협회)

① 결핵에 관한 조사·연구와 예방 및 퇴치사업을 수행하기 위하여 대한결핵협회(이하 "협회"라 한다)를 둔다.

② 협회는 법인으로 한다.

③ 제1항에 따른 대한결핵협회가 아닌 자는 대한결핵협회 또는 이와 유사한 명칭을 사용하지 못한다.

④ 협회에 관하여는 이 법에 규정된 것을 제외하고는「민법」중 사단법인에 관한 규정을 준용한다.

국가공무원법

제26조의2(근무시간의 단축 임용 등)

국가기관의 장은 업무의 특성이나 기관의 사정 등을 고려하여 소속 공무원을 대통령령등으로 정하는 바에 따라 통상적인 근무시간보다 짧게 근무하는 공무원으로 임용 또는 지정할 수 있다.

제71조(휴직)

① 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 임용권자는 본인의 의사에도 불구하고 휴직을 명하여야 한다.

1. 신체·정신상의 장애로 장기 요양이 필요할 때
2. 삭제
3.「병역법」에 따른 병역 복무를 마치기 위하여 징집 또는 소집된 때
4. 천재지변이나 전시·사변, 그 밖의 사유로 생사(生死) 또는 소재(所在)가 불명확하게 된 때
5. 그 밖에 법률의 규정에 따른 의무를 수행하기 위하여 직무를 이탈하게 된 때
6.「공무원의 노동조합 설립 및 운영 등에 관한 법률」제7조에 따라 노동조합 전임자로 종사하게 된 때

② 임용권자는 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 휴직을 원하면 휴직을 명할 수 있다. 다만, 제4호의 경우에는 대통령령으로 정하는 특별한 사정이 없으면 휴직을 명하여야 한다.

1. 국제기구, 외국 기관, 국내외의 대학·연구기관, 다른 국가기관 또는 대통령령으로 정하는 민간기업, 그 밖의 기관에 임시로 채용될 때
2. 국외 유학을 하게 된 때
3. 중앙인사관장기관의 장이 지정하는 연구기관이나 교육기관 등에서 연수하게 된 때
4. 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 필요하거나 여성공무원이 임신 또는 출산하게 된 때
5. 조부모, 부모(배우자의 부모를 포함한다), 배우자, 자녀 또는 손자녀를 부양하거나 돌보기 위하여 필요한 경우. 다만, 조부모나 손자녀의 돌봄을 위하여 휴직할 수 있는 경우는 본인 외에 돌볼 사람이 없는 등 대통령령등으로 정하는 요건을 갖춘 경우로 한정한다.
6. 외국에서 근무·유학 또는 연수하게 되는 배우자를 동반하게 된 때
7. 대통령령등으로 정하는 기간 동안 재직한 공무원이 직무 관련 연구과제 수행 또는 자기개발을 위하여 학습·연구 등을 하게 된 때

③ 임기제공무원에 대하여는 제1항제1호·제3호 및 제2항제4호에 한정하여 제1항 및 제2항을 적용한다.

④ 임용권자는 제2항제4호에 따른 휴직을 이유로 인사에 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 휴직 제도 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령등으로 정한다.

금융소비자 보호에 관한 감독규정

제31조(위법계약의 해지)

① 영 제38조제1항에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품"이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래(계약의 체결로「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」제9조제22항에 따른 집합투자규약이 적용되는 경우에는 그 적용기간을 포함한다)가 이루어지고 금융소비자가 해지 시 재산상 불이익이 발생하는 금융상품 중 다음 각 호의 금융상품을 제외한 것을 말한다.

1.「온라인투자연계금융업 및 이용자 보호에 관한 법률」에 따른 온라인투자연계금융업자와 체결하는 계약
2.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 원화로 표시된 양도성 예금증서
3.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령」에 따른 표지어음
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정과 유사한 금융상품

② 영 제38조제3항에 따라 금융소비자가 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 하는 문서(이하 "계약해지요구서"라 한다)는 다음 각 호의 사항을 작성한 문서를 말한다.

1. 금융상품의 명칭
2. 법 위반사실

③ 금융소비자가 법률에 따라 가입의무가 부과되고 그 해제·해지도 해당 법률에 따라 가능한 보장성 상품에 대해 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우에는 동종의 다른 보험에 가입되어 있어야 한다.

④ 영 제38조제4항제4호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 경우"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 금융상품판매업자등이 계약의 해지 요구를 받은 날부터 10일 이내에 법 위반사실이 없음을 확인하는데 필요한 객관적·합리적인 근거자료를 금융소비자에 제시한 경우. 다만, 10일 이내에 금융소비자에 제시하기 어려운 경우에는 다음 각 목의 구분에 따른다.

가. 계약의 해지를 요구한 금융소비자의 연락처나 소재지를 확인할 수 없거나 이와 유사한 사유로 법 제47조제1항 후단에 따른 통지기간 내 연락이 곤란한 경우: 해당 사유가 해소된 후 지체 없이 알릴 것

나. 법 위반사실 관련 자료 확인을 이유로 금융소비자의 동의를 받아 법 제47조제1항 후단에 따른 통지기한을 연장한 경우: 연장된 기한까지 알릴 것

2. 금융소비자가 금융상품판매업자등의 행위에 법 위반사실이 있다는 사실을 계약을 체결하기 전에 알았다고 볼 수 있는 명백한 사유가 있는 경우

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 8. (생략)

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는

경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나.「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 총족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항・제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제38조(위법계약의 해지)

① 법 제47조제1항 전단에서 "대통령령으로 정하는 금융상품"이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.

② 법 제47조제1항 전단에서 "대통령령으로 정하는 기간"이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.

③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지

요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.

④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우

⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률

제19조(육아휴직)

① 사업주는 임신 중인 여성 근로자가 모성을 보호하거나 근로자가 만 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀(입양한 자녀를 포함한다. 이하 같다)를 양육하기 위하여 휴직(이하 "육아휴직"이라 한다)을 신청하는 경우에 이를 허용하여야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

② 육아휴직의 기간은 1년 이내로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 근로자의 경우 6개월 이내에서 추가로 육아휴직을 사용할 수 있다.

1. 같은 자녀를 대상으로 부모가 모두 육아휴직을 각각 3개월 이상 사용한 경우의 부 또는 모
2. 「한부모가족지원법」 제4조제1호의 부 또는 모
3. 고용노동부령으로 정하는 장애아동의 부 또는 모

③ 사업주는 육아휴직을 이유로 해고나 그 밖의 불리한 처우를 하여서는 아니 되며, 육아휴직 기간에는 그 근로자를 해고하지 못한다. 다만, 사업을 계속할 수 없는 경우에는 그러하지 아니하다.

④ 사업주는 육아휴직을 마친 후에는 휴직 전과 같은 업무 또는 같은 수준의 임금을 지급하는 직무에 복귀시켜야 한다. 또한 제2항의 육아휴직 기간은 근속기간에 포함한다.

⑤ 기간제근로자 또는 파견근로자의 육아휴직 기간은 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제4조에 따른 사용기간 또는 「파견근로자 보호 등에 관한 법률」 제6조에 따른 근로자파견기간에서 제외한다.

⑥ 육아휴직의 신청방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제19조의2(육아기 근로시간 단축)

① 사업주는 근로자가 만 12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 근로시간의 단축(이하 "육아기 근로시간 단축"이라 한다)을 신청하는 경우에 이를 허용하여야 한다. 다만, 대체인력 채용이 불가능한 경우, 정상적인 사업 운영에 중대한 지장을 초래하는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

② 제1항 단서에 따라 사업주가 육아기 근로시간 단축을 허용하지 아니하는 경우에는 해당 근로자에게 그 사유를 서면으로 통보하고 육아휴직을 사용하게 하거나 출근 및 퇴근 시간 조정 등 다른 조치를 통하여 지원할 수 있는지를 해당 근로자와 협의하여야 한다.

③ 사업주가 제1항에 따라 해당 근로자에게 육아기 근로시간 단축을 허용하는 경우 단축 후 근로시간은 주당 15시간 이상이어야 하고 35시간을 넘어서는 아니 된다.

④ 육아기 근로시간 단축의 기간은 1년 이내로 한다. 다만, 근로자가 제19조제2항 본문에 따른 육아휴직 기간 중 사용하지 아니한 기간이 있으면 그 기간의 두 배를 가산한 기간 이내로 한다.

⑤ 사업주는 육아기 근로시간 단축을 이유로 해당 근로자에게 해고나 그 밖의 불리한 처우를 하여서

는 아니 된다.

⑥ 사업주는 근로자의 육아기 근로시간 단축기간이 끝난 후에 그 근로자를 육아기 근로시간 단축 전과 같은 업무 또는 같은 수준의 임금을 지급하는 직무에 복귀시켜야 한다.

⑦ 육아기 근로시간 단축의 신청방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

노인복지법 시행규칙

제22조(노인의료복지시설의 시설기준등)

① 법 제35조의 규정에 의한 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준은 별표 4와 같다.

② 법 제35조의 규정에 의한 노인의료복지시설의 운영기준은 별표 5와 같다

노인장기요양보험법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "노인등"이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.
2. "장기요양급여"란 제15조제2항에 따라 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 말한다.
3. "장기요양사업"이란 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금 등을 재원으로 하여 노인등에게 장기요양급여를 제공하는 사업을 말한다.
4. "장기요양기관"이란 제31조에 따른 지정을 받은 기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관을 말한다.
5. "장기요양요원"이란 장기요양기관에 소속되어 노인등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 수행하는 자를 말한다.

제15조(등급판정 등)

① 공단은 제14조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.

② 등급판정위원회는 신청인이 제12조의 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.

③ 등급판정위원회는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.

④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제14조제1항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우

⑤ 등급판정위원회는 제4항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제2항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제23조(장기요양급여의 종류)

① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 재가급여
   가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
   나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
   다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
   라. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
   마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
   바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

(이하 생략)

제29조(장기요양급여의 제한)

① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.

② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.

③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다

노인장기요양보험법 시행령

제2조(노인성 질병)

「노인장기요양보험법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "대통령령으로 정하는 노인성 질병"이란 별표 1에 따른 질병을 말한다.

[별표 1] 노인성 질병의 종류(제2조 관련)

구분	질병명	질병코드
한국표준질병·사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30

	바. 지주막하출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 이차성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22*
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	버. 중풍후유증	U23.4
	서. 진전(震顫)	R25.1
	어. 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
	저. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13*
	처. 다발경화증	G35

비고

1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」제22조에 따라 고시된 한국표준질병·사인분류에 따른다.
2. 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

제6조(의사소견서 제출 제외자)

법 제13조제2항에 따라 장기요양인정을 신청하는 자 중 의사소견서를 제출하지 아니하여도 되는 자는 다음 각 호와 같다.

1. 신청인의 심신상태나 거동상태 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 따라 현저하게 불편한 자로서 법 제14조제1항에 따른 조사 결과 공단 소속 직원이 이를 확인한 자
2. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 도서·벽지 지역에 거주하는 자

제10조(장기요양기관의 종류 및 기준)

법 제23조제1항제1호 및 제2호에 따라 장기요양급여를 제공할 수 있는 장기요양기관의 종류 및 기준은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 재가급여를 제공할 수 있는 장기요양기관:「노인복지법」제38조에 따른 재가노인복지시설로서 법 제31조에 따라 지정받은 장기요양기관
2. 시설급여를 제공할 수 있는 장기요양기관
   가.「노인복지법」제34조제1항제1호에 따른 노인요양시설로서 법 제31조에 따라 지정받은 장기요양기관
   나.「노인복지법」제34조제1항제2호에 따른 노인요양공동생활가정으로서 법 제31조에 따라 지정받은 장기요양기관

노인장기요양보험법 시행규칙

제14조(장기요양급여의 범위 등)

① 법 제23조제1항에 따른 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 다음 각 호와 같다.

1. 식사재료비
2. 상급침실 이용에 따른 추가비용: 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정에서 본인이 원하여 1인실 또는 2인실을 이용하는 경우 장기요양에 소요된 총 비용에서 제1호·제3호 및 제4호의 비용과 장기요양급여비용을 제외한 금액
3. 이·미용비
4. 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용

제19조(기타재가급여 제공기준 등)

① 장기요양기관은 영 제9조에 따라 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 것(이하 "복지용구"라 한다)을 제공하는 경우에는 품목별 사용 가능 햇수 등을 고려하여 구입 및 대여방식으로 제공하여야 한다.

② 복지용구의 품목별 급여대상의 범위, 급여결정방법, 세부적인 제공기준 및 절차 등 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조(보건진료소의 설치·운영)

① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.

③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

도로교통법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "도로"란 다음 각 목에 해당하는 곳을 말한다.
   가. 「도로법」에 따른 도로
   나. 「유료도로법」에 따른 유료도로
   다. 「농어촌도로 정비법」에 따른 농어촌도로
   라. 그 밖에 현실적으로 불특정 다수의 사람 또는 차마(車馬)가 통행할 수 있도록 공개된 장소로서 안전하고 원활한 교통을 확보할 필요가 있는 장소
2. "자동차전용도로"란 자동차만 다닐 수 있도록 설치된 도로를 말한다.

3. "고속도로"란 자동차의 고속 운행에만 사용하기 위하여 지정된 도로를 말한다.
4. "차도"(車道)란 연석선(차도와 보도를 구분하는 돌 등으로 이어진 선을 말한다. 이하 같다), 안전표지 또는 그와 비슷한 인공구조물을 이용하여 경계(境界)를 표시하여 모든 차가 통행할 수 있도록 설치된 도로의 부분을 말한다.
5. "중앙선"이란 차마의 통행 방향을 명확하게 구분하기 위하여 도로에 황색 실선(實線)이나 황색 점선 등의 안전표지로 표시한 선 또는 중앙분리대나 울타리 등으로 설치한 시설물을 말한다. 다만, 제14조제1항 후단에 따라 가변차로(可變車路)가 설치된 경우에는 신호기가 지시하는 진행방향의 가장 왼쪽에 있는 황색 점선을 말한다.
6. "차로"란 차마가 한 줄로 도로의 정하여진 부분을 통행하도록 차선(車線)으로 구분한 차도의 부분을 말한다.
7. "차선"이란 차로와 차로를 구분하기 위하여 그 경계지점을 안전표지로 표시한 선을 말한다.
7의2. "노면전차 전용로"란 도로에서 궤도를 설치하고, 안전표지 또는 인공구조물로 경계를 표시하여 설치한 「도시철도법」 제18조의2제1항 각 호에 따른 도로 또는 차로를 말한다.
8. "자전거도로"란 안전표지, 위험방지용 울타리나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 자전거 및 개인형 이동장치가 통행할 수 있도록 설치된 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제3조 각 호의 도로를 말한다.
9. "자전거횡단도"란 자전거 및 개인형 이동장치가 일반도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.
10. "보도"(步道)란 연석선, 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 보행자(유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치를 이용하여 통행하는 사람 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇을 포함한다. 이하 같다)가 통행할 수 있도록 한 도로의 부분을 말한다.
11. "길가장자리구역"이란 보도와 차도가 구분되지 아니한 도로에서 보행자의 안전을 확보하기 위하여 안전표지 등으로 경계를 표시한 도로의 가장자리 부분을 말한다.
12. "횡단보도"란 보행자가 도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.
13. "교차로"란 '십'자로, 'T'자로나 그 밖에 둘 이상의 도로(보도와 차도가 구분되어 있는 도로에서는 차도를 말한다)가 교차하는 부분을 말한다.
13의2. "회전교차로"란 교차로 중 차마가 원형의 교통섬(차마의 안전하고 원활한 교통처리나 보행자 도로횡단의 안전을 확보하기 위하여 교차로 또는 차도의 분기점 등에 설치하는 섬 모양의 시설을 말한다)을 중심으로 반시계방향으로 통행하도록 한 원형의 도로를 말한다.
14. "안전지대"란 도로를 횡단하는 보행자나 통행하는 차마의 안전을 위하여 안전표지나 이와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로의 부분을 말한다.
15. "신호기"란 도로교통에서 문자·기호 또는 등화(燈火)를 사용하여 진행·정지·방향전환·주의 등의 신호를 표시하기 위하여 사람이나 전기의 힘으로 조작하는 장치를 말한다.
16. "안전표지"란 교통안전에 필요한 주의·규제·지시 등을 표시하는 표지판이나 도로의 바닥에 표시하는 기호·문자 또는 선 등을 말한다.
17. "차마"란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.
    가. "차"란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
        1) 자동차
        2) 건설기계
        3) 원동기장치자전거
        4) 자전거
        5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치는 제외한다.
    나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.

17의2. "노면전차"란 「도시철도법」제2조제2호에 따른 노면전차로서 도로에서 궤도를 이용하여 운행되는 차를 말한다.

18. "자동차"란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(견인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.

가.「자동차관리법」 제3조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장치자전거는 제외한다.

1) 승용자동차
2) 승합자동차
3) 화물자동차
4) 특수자동차
5) 이륜자동차

나.「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계

18의2. "자율주행시스템"이란 「자율주행자동차 상용화 촉진 및 지원에 관한 법률」 제2조제1항제2호에 따른 자율주행시스템을 말한다. 이 경우 그 종류는 완전 자율주행시스템, 부분 자율주행시스템 등 행정안전부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.

18의3. "자율주행자동차"란 「자동차관리법」 제2조제1호의3에 따른 자율주행자동차로서 자율주행시스템을 갖추고 있는 자동차를 말한다.

19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.

가.「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차

나. 그 밖에 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거는 제외한다)

19의2. "개인형 이동장치"란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

(이하 생략)

독립유공자 예우에 관한 법률

제17조(의료지원)

① 국가는 독립유공자, 그 유족 또는 가족에 대하여 의료지원을 한다.

② 독립유공자가 질병(부상을 포함한다)에 걸리면 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가의 의료기관(「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원을 포함한다) 또는 지방자치단체의 의료기관에서 진료한다.

③ 국가는 제2항에 따른 진료를 국가나 지방자치단체 외의 의료기관에 위탁할 수 있다.

④ 제2항과 제3항에 따른 진료비용은 국가가 부담한다. 다만, 지방자치단체의 의료기관에서 진료한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 지방자치단체가 그 일부를 부담할 수 있다.

⑤ 독립유공자의 유족 또는 가족은 「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원에서 진료하며, 필요하다고 인정되면 다른 의료기관에 위탁하여 진료하게 할 수 있다. 이 경우 그 진료비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 감면(減免)하며, 그 감면된 비용은 국가보훈부장관이 예산의 범위에서 해당 보훈병원이나 다른 의료기관에 교부할 수 있다.

⑥ 제5항에도 불구하고 75세 이상으로서 제12조제2항에 따른 보상금을 받는 선순위 유족은 「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원 외에 국가보훈부장관이 지정하여 진료를 위탁한 의료기관에서 진료를 받을 수 있다. 이 경우 그 진료비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 감면하며,

그 감면된 비용은 국가가 부담한다.

⑦ 제1항부터 제6항까지의 규정에 따른 진료 또는 진료비 지원의 방법·절차·범위 및 상한 등 의료지원의 기준은 국가보훈부령으로 정한다.

⑧ 제1항부터 제7항까지의 규정 외의 의료지원에 관하여는 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제45조를 준용한다.

독점규제 및 공정거래에 관한 법률 시행령

제38조(공시대상기업집단 및 상호출자제한기업집단의 지정 등)

① 법 제31조제1항 전단에 따른 공시대상기업집단(이하 "공시대상기업집단"이라 한다)은 해당 기업집단에 속하는 국내 회사들의 공시대상기업집단 지정 직전 사업연도의 대차대조표상 자산총액(금융업 또는 보험업을 영위하는 회사의 경우에는 자본총액 또는 자본금 중 큰 금액으로 하며, 새로 설립된 회사로서 직전 사업연도의 대차대조표가 없는 경우에는 지정일 현재의 납입자본금으로 한다. 이하 이 조에서 같다)의 합계액이 5조원 이상인 기업집단으로 한다. 다만, 다음 각 호의 기업집단은 공시대상기업집단 지정에서 제외한다.

1. 금융업 또는 보험업만을 영위하는 기업집단
2. 금융업 또는 보험업을 영위하는 회사가 동일인인 기업집단
3. 해당 기업집단에 속하는 회사 중 다음 각 목의 회사의 자산총액 합계액이 기업집단 전체 자산총액의 100분의 50 이상인 기업집단. 다만, 다음 각 목의 회사를 제외한 회사의 자산총액 합계액이 5조원 이상인 기업집단은 제외한다.
   가. 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차의 개시가 결정되어 그 절차가 진행 중인 회사
   나. 「기업구조조정 촉진법」에 따른 관리절차의 개시가 결정되어 그 절차가 진행 중인 회사
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관, 「지방공기업법」 제2조제1항에 따른 지방직영기업, 지방공사 또는 지방공단이 동일인인 기업집단
5. 해당 기업집단에 속하는 회사 모두가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기업집단
   가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제19항제1호에 따른 기관전용 사모집합투자기구
   나. 가목에 해당하는 자가 투자한 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제249조의13제1항에 따른 투자목적회사(이하 이 호에서 "투자목적회사"라 한다)
   다. 나목에 해당하는 자가 투자한 투자목적회사
   라. 가목부터 다목까지에 해당하는 자가 투자한 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제249조의18제2항제4호에 따른 투자대상기업
   마. 라목에 해당하는 자가 지배하는 회사
   바. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제249조의15제1항에 따라 금융위원회에 등록된 기관전용 사모집합투자기구의 업무집행사원
6. 해당 기업집단에 속하는 회사 모두가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기업집단. 이 경우 가목 또는 나목의 회사가 각각 하나 이상 포함되어 있어야 한다.
   가. 금융업 또는 보험업을 영위하는 회사
   나. 제5호 각 목의 어느 하나에 해당하는 회사

② 법 제31조제1항 전단에 따른 상호출자제한기업집단(이하 "상호출자제한기업집단"이라 한다)의 지정기준 및 지정제외 기준에 관하여는 제1항을 준용한다. 이 경우 제1항 각 호 외의 부분 본문 및 같은 항 제3호 중 "5조원"은 각각 "국내총생산액의 1천분의 5에 해당하는 금액"으로 본다.

③ 공정거래위원회는 법 제31조제1항 전단에 따라 매년 5월 1일(부득이한 경우에는 5월 15일)까지 제1항 또는 제2항의 기준에 새로 해당하는 기업집단을 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단으로 지정해야 하고, 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단으로 지정된 기업집단이 제1

항 또는 제2항의 기준에 해당하지 않게 되는 경우 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단에서 제외해야 한다.

④ 공정거래위원회는 법 제31조제1항 전단에 따라 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단을 지정할 때 해당 기업집단이 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에는 이해관계자의 요청에 따라 국내 회사, 비영리법인 또는 단체를 동일인으로 하여 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단을 지정할 수 있다.

1. 자연인을 동일인으로 하여 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단을 지정하는 경우와 국내 회사, 비영리법인 또는 단체를 동일인으로 하여 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단을 지정하는 경우의 기업집단의 범위가 같을 것
2. 다음 각 목의 요건을 모두 갖추어 특수관계인에 대한 부당한 이익제공 등의 우려가 없다고 인정될 것
   가. 해당 기업집단을 지배하는 자연인이 국내 계열회사(국내 회사를 동일인으로 하여 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단을 지정하는 경우에는 그 국내 회사를 제외한 국내 계열회사를 말한다)가 발행하는 주식을 보유하고 있지 않을 것
   나. 해당 기업집단을 지배하는 자연인의 친족이 국내 계열회사의 발행주식을 보유하고 있지 않을 것
   다. 해당 기업집단을 지배하는 자연인의 친족이 임원 재직 등의 방법으로 국내 계열회사의 경영에 참여하고 있지 않을 것
   라. 해당 기업집단을 지배하는 자연인 및 그 친족과 국내 계열회사 간에 채무보증이나 자금대차가 없을 것

⑤ 공정거래위원회는 제4항에 따라 국내 회사, 비영리법인 또는 단체를 동일인으로 하여 지정된 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단이 제4항 각 호의 요건을 충족하지 못하게 된 경우에는 해당 기업집단을 지배하는 자연인을 동일인으로 하는 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단으로 변경하여 지정할 수 있다.

⑥ 공정거래위원회는 제3항부터 제5항까지의 규정에 따라 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단으로 지정된 기업집단이 다음 각 호에 해당하는 경우 그 사유가 발생한 때에 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단에서 제외할 수 있다.

1. 지정일 이후 제1항제3호 각 목 외의 부분 본문에 해당하게 된 경우. 다만, 제1항제3호가목 또는 나목에 해당되는 회사를 제외한 회사의 자산총액 합계액이 3조 5천억원 이상인 경우에는 공시대상기업집단에서 제외하지 않고, 그 합계액이 국내총생산액의 1만분의 35에 해당하는 금액 이상인 경우에는 상호출자제한기업집단에서 제외하지 않는다.
2. 소속회사의 변동으로 해당 기업집단에 소속된 국내 회사들의 자산총액 합계액이 3조 5천억원 미만으로 감소한 경우(공시대상기업집단만 해당한다)
3. 소속회사의 변동으로 해당 기업집단에 소속된 국내 회사들의 자산총액 합계액이 국내총생산액의 1만분의 35에 해당하는 금액 미만으로 감소한 경우(상호출자제한기업집단만 해당한다)

⑦ 공정거래위원회는 제3항부터 제6항까지의 규정에 따라 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단을 지정하거나 변경 지정하는 경우 또는 지정 제외하는 경우 즉시 그 사실을 해당 기업집단에 속하는 회사와 그 회사를 지배하는 동일인의 특수관계인인 공익법인에 서면으로 알려야 한다.

⑧ 공정거래위원회는 제3항부터 제6항까지의 규정에 따른 지정 후 해당 기업집단에 속하는 회사에 변동이 있는 경우 해당 회사에 서면으로 그 사실을 알려야 한다.

⑨ 법 제31조제4항에서 "회사의 일반 현황, 회사의 주주 및 임원 구성, 특수관계인 현황, 주식소유 현황 등 대통령령으로 정하는 자료"란 다음 각 호의 자료를 말한다.

1. 회사의 일반 현황
2. 회사의 주주 및 임원 구성
3. 특수관계인 현황
4. 주식소유 현황

5. 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차의 개시가 결정되어 그 절차가 진행 중인 소속회사와 「기업구조조정 촉진법」에 따른 관리절차의 개시가 결정되어 그 절차가 진행 중인 소속회사 현황
6. 감사보고서. 다만, 「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」에 따른 외부감사를 받지 않는 회사의 경우에는 세무조정계산서를 말하며, 세무조정계산서도 없는 경우에는 결산서를 말한다.
7. 그 밖에 제1호부터 제6호까지의 규정에 따른 자료 확인을 위해 필요하다고 공정거래위원회가 정하여 고시하는 자료

⑩ 제1항부터 제9항까지에서 규정한 사항 외에 공시대상기업집단 또는 상호출자제한기업집단의 지정, 변경 지정 및 지정 제외에 필요한 세부사항은 공정거래위원회가 정하여 고시한다.

민법

제2조(신의성실)

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.
② 권리는 남용하지 못한다.

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.

제32조(비영리법인의 설립과 허가)

학술, 종교, 자선, 기예, 사교 기타 영리아닌 사업을 목적으로 하는 사단 또는 재단은 주무관청의 허가를 얻어 이를 법인으로 할 수 있다.

제157조(기간의 기산점)

기간을 일, 주, 월 또는 연으로 정한 때에는 기간의 초일은 산입하지 아니한다. 그러나 그 기간이 오전 영시로부터 시작한 때에는 그러하지 아니하다.

【 기간 산정의 방법 설명 】
약관에서 별도로 기간 산정방식을 명기하지 않은 경우에는 민법 제 157조(기간의 기산점)에서 정한 방식에 따라 기간을 산정합니다.

제1000조(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.

방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.
② 의학원은 법인으로 한다.
③ 의학원은 그 주된 사무소가 있는 곳에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
④ 의학원은 그 정관을 변경하려면 과학기술정보통신부장관의 인가를 받아야 한다.
⑤ 의학원에는 이사장과 원장 1명씩을 포함한 13명 이내의 이사와 1명의 감사를 임원으로 둔다. 임원은 정관으로 정하는 바에 따라 이사회에서 선임하되, 과학기술정보통신부장관의 승인을 받아야 한다.
⑥ 의학원의 중요 사항을 심의·의결하기 위하여 의학원에 이사회를 둔다.
⑦ 원장은 의학원을 대표하고, 의학원 업무를 총괄하며, 소속 직원을 지휘·감독한다.
⑧ 정부는 예산의 범위에서 의학원의 설립 및 운영에 필요한 경비를 출연할 수 있다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

보건환경연구원법

제2조(설치)

① 보건환경연구원(이하 "연구원"이라 한다)은 특별시·광역시·특별자치시·도 및 특별자치도에 설치한다.
② 연구원의 설치에 필요한 사항은 해당 지방자치단체의 조례로 정한다.

보험업감독규정

제1-2조(정의)

이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 3. (생략)
4. "저축성보험"이란 보장성보험을 제외한 보험으로서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험을 말한다.

(이하 생략)

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관
5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업

6. 특별법에 따라 설립된 기관
7. 제7-49조제2호가목1)에 해당하는 단체

제7-49조(사업방법서 관련 신고기준)

1.<생략>

2. 단체 또는 단체의 대표자가 가입하는 보험으로 다음 각 목의 요건을 충족하지 못하는 경우. 다만, 개인보험과 동일한 보험요율을 적용하는 단체보험은 제외한다.

가. 대상 단체

1) 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따를 것

2) 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

3) 그 밖에 단체의 구성원이 명확하여 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

나. 가목의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5인 이상의 주피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 주피보험자의 배우자, 자녀, 부모, 배우자의 부모 등을 종피보험자로 하는 경우

다. 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족할 것

1) 단체의 내규에 의한 복지제도로서 노사합의에 의할 것. 이 경우 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 한다.

2) 가목 (2)와 (3)에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결할 것

라. 개별 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 때에는 그 부담비율 만큼 보험계약자의 권리를 행사할 수 있을 것

마. 단체 구성원의 입사, 퇴직 등의 사유로 피보험자의 변동이 있을 경우 보험계약자는 피보험자의 동의를 얻어 피보험자를 추가 또는 변경할 수 있으며, 보험료의 일부를 부담한 피보험자의 경우 개별계약으로 전환할 수 있어야 하며, 개별 피보험자의 위험에 부합하게 보험료를 정산 또는 조정할 수 있을 것

<이하생략>

보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

(중략)

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.

가. 국가

나. 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융기관

라. 주권상장법인

마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자

20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)

① 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집에 관하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다

1. 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 이미 성립된 보험계약(이하 이 조에서 "기존보험계약"이라 한다)을 부당하게 소멸시킴으로써 새로운 보험계약(대통령령으로 정하는 바에 따라 기존보험계약과 보장 내용 등이 비슷한 경우만 해당한다. 이하 이 조에서 같다)을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 함으로써 기존보험계약을 부당하게 소멸시키거나 그 밖에 부당하게 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 권유하는 행위
2. 실제 명의인이 아닌 자의 보험계약을 모집하거나 실제 명의인의 동의가 없는 보험계약을 모집하는 행위
3. 보험계약자 또는 피보험자의 자필서명이 필요한 경우에 보험계약자 또는 피보험자로부터 자필서명을 받지 아니하고 서명을 대신하거나 다른 사람으로 하여금 서명하게 하는 행위
4. 다른 모집 종사자의 명의를 이용하여 보험계약을 모집하는 행위
5. 보험계약자 또는 피보험자와의 금전대차의 관계를 이용하여 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 요구하는 행위
6. 정당한 이유 없이「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」제2조에 따른 장애인의 보험가입을 거부하는 행위
7. 보험계약의 청약철회 또는 계약 해지를 방해하는 행위

② 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 경우에는 제1항제5호를 위반하여 기존보험계약을 부당하게 소멸시키거나 소멸하게 하는 행위를 한 것으로 본다.

1. 기존보험계약이 소멸된 날부터 1개월 이내에 새로운 보험계약을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 한 날부터 1개월 이내에 기존보험계약을 소멸하게 하는 행위. 다만, 보험계약자가 기존 보험계약 소멸 후 새로운 보험계약 체결 시 손해가 발생할 가능성이 있다는 사실을 알고 있음을 자필로 서명하는 등 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인의 의사에 따른 행위임이 명백히 증명되는 경우에는 그러하지 아니하다.
2. 기존보험계약이 소멸된 날부터 6개월 이내에 새로운 보험계약을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 한 날부터 6개월 이내에 기존보험계약을 소멸하게 하는 경우로서 해당 보험계약자 또는 피보험자에게 기존보험계약과 새로운 보험계약의 보험기간 및 예정 이자율 등 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 비교하여 알리지 아니하는 행위

③ 보험계약자는 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자(보험중개사는 제외한다. 이하 이 항에서 같다)가 제1항제5호를 위반하여 기존보험계약을 소멸시키거나 소멸하게 하였을 때에는 그 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자가 속하거나 모집을 위탁한 보험회사에 대하여 그 보험계약이 소멸한 날부터 6개월 이내에 소멸된 보험계약의 부활을 청구하고 새로운 보험계약은 취소할 수 있다.

④ 제4항에 따라 보험계약의 부활의 청구를 받은 보험회사는 특별한 사유가 없으면 소멸된 보험계약의 부활을 승낙하여야 한다.

⑤ 제4항과 제5항에 따라 보험계약의 부활을 청구하는 절차 및 방법과 그 밖에 보험계약의 부활에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제108조(특별계정의 설정・운용)

① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 "특별계정"이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.

1.「소득세법」 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에 따른 연금저축계좌를 설정하는 계약
2.「근로자퇴직급여 보장법」 제29조제2항에 따른 보험계약 및 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항에 본문에 따른 퇴직보험계약
3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약

② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 회계처리하여야 한다.

③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상의 보험계약자에게 분배할 수 있다.

④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용실적의 비교·공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사의 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

보험업법 시행령

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제2항제15호에 해당하는 자
4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자

② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.
1. 보험회사
2.「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3.「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4.「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5.「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6.「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7.「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8.「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9.「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10.「은행법」에 따른 은행
11.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
12.「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13.「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14.「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
1. 지방자치단체
2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제175조에 따른 보험협회, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4.「한국자산관리공사 설립 등에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5.「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6.「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라

허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
    가. 외국 정부
    나. 조약에 따라 설립된 국제기구
    다. 외국 중앙은행
    라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

제43조의2(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)

① 법 제97조제1항제5호에 따라 이미 성립된 보험계약(이하 "기존보험계약"이라 한다)과 보장 내용 등이 비슷한 새로운 보험계약은 다음 각 호의 사항에 모두 해당하여야 한다. 다만, 기존보험계약 또는 새로운 보험계약의 보험기간이 1년 이하인 경우 또는 컴퓨터통신을 이용하여 새로운 보험계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 피보험자가 같을 것
2. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 위험보장의 범위가 법 제2조제1호 각 목의 생명보험상품, 손해보험상품, 제3보험상품의 구분에 따라 비슷할 것

② 법 제97조제3항제1호 단서에 따른 본인 의사의 증명은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.
1. 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함한다)
2. 기명날인
3. 녹취
4. 그 밖에 금융위원회가 정하는 기준을 준수하는 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용하여 보험계약자 본인의 의사에 따른 행위임을 명백히 증명하는 방법

③ 보험회사는 제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법에 의한 본인 의사 증명 사실을 확인할 수 있는 서류 등을 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따라 보관·관리하여야 한다.

산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

상법

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.

상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

소득세법

제1조의2(정의)

① 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "거주자"란 국내에 주소를 두거나 183일 이상의 거소(居所)를 둔 개인을 말한다.
2. "비거주자"란 거주자가 아닌 개인을 말한다.
3. "내국법인"이란 「법인세법」 제2조제1호에 따른 내국법인을 말한다.
4. "외국법인"이란 「법인세법」 제2조제3호에 따른 외국법인을 말한다.
5. "사업자"란 사업소득이 있는 거주자를 말한다.

② 제1항에 따른 주소·거소와 거주자·비거주자의 구분은 대통령령으로 정한다.

제14조(과세표준의 계산)

① ~ ② (생략)

③ 다음 각 호에 따른 소득의 금액은 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하지 아니한다.

1.「조세특례제한법」 또는 이 법 제12조에 따라 과세되지 아니하는 소득
2. 대통령령으로 정하는 일용근로자(이하 "일용근로자"라 한다)의 근로소득
3. 제129조제2항의 세율에 따라 원천징수하는 이자소득 및 배당소득과 제16조제1항제10호에 따른 직장공제회 초과반환금
4. 법인으로 보는 단체 외의 단체 중 수익을 구성원에게 배분하지 아니하는 단체로서 단체명을 표기하여 금융거래를 하는 단체가「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사등(이하 "금융회사등"이라 한다)으로부터 받는 이자소득 및 배당소득
5.「조세특례제한법」에 따라 분리과세되는 소득
6. 제3호부터 제5호까지의 규정 외의 이자소득과 배당소득(제17조제1항제8호에 따른 배당소득은 제외한다)으로서 그 소득의 합계액이 2천만원(이하 "이자소득등의 종합과세기준금액"이라 한다) 이하이면서 제127조에 따라 원천징수된 소득
7. 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 총수입금액의 합계액이 2천만원 이하인 자의 주택임대소득(이하 "분리과세 주택임대소득"이라 한다). 이 경우 주택임대소득의 산정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
8. 다음 각 목에 해당하는 기타소득(이하 "분리과세기타소득"이라 한다)
   가. 제21조제1항제1호부터 제8호까지, 제8호의2, 제9호부터 제20호까지, 제22호, 제22호의2 및 제26호에 따른 기타소득(라목 및 마목의 소득은 제외한다)으로서 같은 조 제3항에 따른 기타소득금액이 300만원 이하이면서 제127조에 따라 원천징수(제127조제1항제6호나목에 해당하여 원천징수되지 아니하는 경우를 포함한다)된 소득. 다만, 해당 소득이 있는 거주자가 종합소득과세표준을 계산할 때 그 소득을 합산하려는 경우 그 소득은 분리과세기타소득에서 제외한다.
   나. 제21조제1항제21호에 따른 연금외수령한 기타소득
   다. 제21조제1항제27호 및 같은 조 제2항에 따른 기타소득
   라. 제21조제1항제2호에 따른 기타소득 중「복권 및 복권기금법」 제2조에 따른 복권 당첨금
   마. 그 밖에 제21조제1항에 따른 기타소득 중 라목과 유사한 소득으로서 대통령령으로 정하는 기타소득
9. 제20조의3제1항제2호 및 제3호에 따른 연금소득 중 다음 각 목에 해당하는 연금소득(다목의 소득이 있는 거주자가 종합소득 과세표준을 계산할 때 이를 합산하려는 경우는 제외하며, 이하 "분리과세연금소득"이라 한다)
   가. 제20조의3제1항제2호가목에 따라 퇴직소득을 연금수령하는 연금소득
   나. 제20조의3제1항제2호나목 및 다목의 금액을 의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득
   다. 가목 및 나목 외의 연금소득의 합계액이 연 1천500만원 이하인 경우 그 연금소득
10. 삭제

(이하 생략)

제20조의3(연금소득)

① 연금소득은 해당 과세기간에 발생한 다음 각 호의 소득으로 한다.
1. 공적연금 관련법에 따라 받는 각종 연금(이하 "공적연금소득"이라 한다)
2. 다음 각 목에 해당하는 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금계좌["연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다) 또는 퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)를 말한다. 이하 같다]에서 대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 경우의 그 연금
   가. 제146조제2항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득

나. 제59조의3에 따라 세액공제를 받은 연금계좌 납입액
다. 연금계좌의 운용실적에 따라 증가된 금액
라. 그 밖에 연금계좌에 이체 또는 입금되어 해당 금액에 대한 소득세가 이연(移延)된 소득으로서 대통령령으로 정하는 소득

3. 제2호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득

② 공적연금소득은 2002년 1월 1일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002년 1월 1일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.

③ 연금소득금액은 제1항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제2항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 "총연금액"이라 한다)에서 제47조의2에 따른 연금소득공제를 적용한 금액으로 한다.

④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제21조(기타소득)

① 기타소득은 이자소득·배당소득·사업소득·근로소득·연금소득·퇴직소득·금융투자소득 및 양도소득 외의 소득으로서 다음 각 호에서 규정하는 것으로 한다.

1. ~ 20. (생략)

21. 제20조의3제1항제2호나목 및 다목의 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금외수령한 소득

(이하 생략)

제44조(상속의 경우의 소득금액의 구분 계산)

① 피상속인의 소득금액에 대한 소득세로서 상속인에게 과세할 것과 상속인의 소득금액에 대한 소득세는 구분하여 계산하여야 한다.

② 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 그 배우자가 연금외수령 없이 해당 연금계좌를 상속으로 승계하는 경우에는 제1항에도 불구하고 해당 연금계좌에 있는 피상속인의 소득금액은 상속인의 소득금액으로 보아 소득세를 계산한다.

③ 제2항에 따른 연금계좌의 승계방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조의2(연금소득공제)

① 연금소득이 있는 거주자에 대해서는 해당 과세기간에 받은 총연금액(분리과세연금소득은 제외하며, 이하 이 항에서 같다)에서 다음 표에 규정된 금액을 공제한다. 다만, 공제액이 900만원을 초과하는 경우에는 900만원을 공제한다.

총연금액	공제액
350만원 이하	총연금액
350만원 초과 700만원 이하	350만원+(350만원을 초과하는 금액의 100분의 40)
700만원 초과 1400만원 이하	490만원+(700만원을 초과하는 금액의 100분의 20)
1400만원 초과	630만원+(1400만원을 초과하는 금액의 100분의 10)

② 제1항에 따른 공제를 "연금소득공제"라 한다.

제51조의3(연금보험료공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 공적연금 관련법에 따른 기여금 또는 개인부담금(이하 "연금보험료"라 한다)을 납입한 경우에는 해당 과세기간의 종합소득금액에서 그 과세기간에 납입한 연금보험료를 공제한다.

1. 삭제
2. 삭제

② 제1항에 따른 공제를 "연금보험료공제"라 한다.

③ 다음 각 호에 해당하는 공제를 모두 합한 금액이 종합소득금액을 초과하는 경우 그 초과하는 금액을 한도로 연금보험료공제를 받지 아니한 것으로 본다.

1. 제51조제3항에 따른 인적공제
2. 이 조에 따른 연금보험료공제
3. 제51조의4에 따른 주택담보노후연금 이자비용공제
4. 제52조에 따른 특별소득공제
5. 「조세특례제한법」에 따른 소득공제

⑤ 삭제

제59조의3(연금계좌세액공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 연금계좌에 납입한 금액 중 다음 각 호에 해당하는 금액을 제외한 금액(이하 "연금계좌 납입액"이라 한다)의 100분의 12[해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 4천 500만원 이하(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 5천 500만원 이하)인 거주자에 대해서는 100분의 15]에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

1. 제146조제2항에 따라 소득세가 원천징수되지 아니한 퇴직소득 등 과세가 이연된 소득
2. 연금계좌에서 다른 연금계좌로 계약을 이전함으로써 납입되는 금액

② 제1항에 따른 공제를 "연금계좌세액공제"라 한다.

③ 「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌의 계약기간이 만료되고 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 대통령령으로 정하는 방법으로 연금계좌로 납입한 경우 그 납입한 금액(이하 이 조에서 "전환금액"이라 한다)을 납입한 날이 속하는 과세기간의 연금계좌 납입액에 포함한다.

④ 전환금액이 있는 경우에는 제1항 각 호 외의 부분 단서에도 불구하고 같은 항을 적용할 때 전환금액의 100분의 10 또는 300만원(직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 300만원에서 직전 과세기간에 적용된 금액을 차감한 금액으로 한다) 중 적은 금액과 제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 연금계좌에 납입한 금액으로 하는 금액을 합한 금액을 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 연금계좌세액공제의 계산방법, 신청 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제59조의4(특별세액공제)

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

(이하 생략)

제20조의2(의료 목적 또는 부득이한 인출의 요건 등)

① 법 제14조제3항제9호나목에서 "의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 법 제20조의3 제1항제2호에 따른 연금계좌(이하 "연금계좌"라 한다)에서 인출하는 금액을 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생하여 연금계좌에서 인출하려는 사람이 해당 사유가 확인된 날부터 6개월 이내에 그 사유를 확인할 수 있는 서류를 갖추어 연금계좌를 취급하는 금융회사 등(이하 "연금계좌취급자"라 한다)에게 제출하는 경우
   가. 천재지변
   나. 연금계좌 가입자의 사망 또는 「해외이주법」에 따른 해외이주
   다. 연금계좌 가입자 또는 그 부양가족[법 제50조에 따른 기본공제대상이 되는 사람(소득의 제한은 받지 아니한다)으로 한정한다]이 질병·부상에 따라 3개월 이상의 요양이 필요한 경우
   라. 연금계좌 가입자가 「재난 및 안전관리 기본법」 제66조제1항제2호의 재난으로 15일 이상의 입원 치료가 필요한 피해를 입은 경우
   마. 연금계좌 가입자가 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 파산의 선고 또는 개인회생절차개시의 결정을 받은 경우
   바. 연금계좌취급자의 영업정지, 영업 인·허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고
2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호를 충족한 연금계좌 가입자가 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비(본인을 위한 의료비에 한정한다)를 연금계좌에서 인출하기 위하여 해당 의료비를 지급한 날부터 6개월 이내에 재정경제부령으로 정하는 증명서류를 연금계좌취급자에게 제출하는 경우

② 제1항제1호다목 및 라목에 따라 인출하는 금액은 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비, 간병인 비용, 보건복지부 장관이 고시하는 최저생계비 등을 고려하여 재정경제부령으로 정하는 금액 이내의 금액으로 한정한다.

③ 제1항제2호에 따라 의료비를 인출하는 경우에는 1명당 하나의 연금계좌만 의료비연금계좌로 지정(해당 연금계좌의 연금계좌취급자가 지정에 동의하는 경우에 한정한다)하여 인출할 수 있다.

④ 연금계좌취급자는 제1항제1호 및 제2호에 따라 제출받은 증명서류를 해당 인출에 대한 원천징수세액 납부기한의 다음 날부터 5년간 보관하여야 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에서 정한 사항 외에 연금계좌 인출의 절차 등에 필요한 사항은 재정경제부령으로 정한다.

제40조의2(연금계좌 등)

① 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 ""연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제1호에 해당하는 계좌를 말하고, "퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제2호에 해당하는 계좌를 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사 등과 체결한 계약에 따라 "연금저축"이라는 명칭으로 설정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다)
   가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약
   나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 투자중개업자와 체결하는 집합투자증권 중개계약
   다. 제25조제2항에 따른 보험계약을 취급하는 기관과 체결하는 보험계약
2. 퇴직연금을 지급받기 위하여 가입하여 설정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)
   가. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제9호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

나.「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제10호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

다.「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 중소기업퇴직연금기금제도에 따라 설정하는 계좌

라.「과학기술인공제회법」 제16조제1항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌

② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제59조의3제1항에 따른 연금계좌 납입액(제118조의3에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 "연금보험료"라 한다)으로 볼 수 있다.

1. 다음 각 목의 금액(다목 및 라목에 따라 연금계좌로 납입하는 총 누적금액의 합계액은 1억원을 한도로 한다)을 합한 금액 이내(연금계좌가 2개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3년 2개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.

가. 연간 1천800만원

나. 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합 자산관리계좌(이하 "개인종합자산관리계좌"라 한다)의 계약기간 만료일 기준 잔액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다. 다만, 직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 개인종합자산관리계좌의 계약기간 만료일 기준 잔액에 서 직전 과세기간에 납입한 금액을 차감한 금액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다]

다. 국내에 소유한 주택(이하 이 조에서 "연금주택"이라 한다)을 양도하고 이를 대체하여 다른 주택(이하 이 조에서 "축소주택"이라 한다)을 취득하거나 취득하지 않은 거주자로서 다음의 요건을 모두 충족하는 거주자가 연금주택 양도가액에서 축소주택 취득가액(취득하지 않은 경우에는 0으로 한다)을 뺀 금액(해당 금액이 0보다 작은 경우에는 0으로 하며, 이하 이 조에서 "주택차액"이라 한다) 중 연금계좌로 납입하는 금액.

1) 연금주택 양도일 현재 거주자 또는 그 배우자가 60세 이상일 것

2) 연금주택 양도일 현재 거주자 및 그 배우자가 국내에 소유한 주택을 합산했을 때 연금주택 1주택만 소유하고 있을 것. 다만, 연금주택을 양도하기 전에 축소주택을 취득한 경우로서 축소주택을 취득한 날부터 6개월 이내에 연금주택을 양도한 경우에는 연금주택 양도일 현재 연금주택 1주택만 소유하고 있는 것으로 본다.

3) 연금주택 양도일 현재 연금주택의 법 제99조에 따른 기준시가가 12억원 이하일 것

4) 축소주택의 취득가액이 연금주택의 양도가액 미만일 것(축소주택을 취득한 경우에만 해당한다)

5) 연금주택 양도일부터 6개월 이내에 주택차액을 연금주택 소유자의 연금계좌로 납입할 것

라. 국내에 소유한 토지 또는 건물(이하 이 조에서 "연금부동산"이라 한다)을 양도한 거주자로서 다음의 요건을 모두 충족하는 거주자가 연금부동산의 양도가액에서 연금부동산의 취득가액을 뺀 금액(해당 금액이 0보다 작은 경우에는 0으로 하며, 이하 이 조에서 "연금부동산 양도차액"이라 한다) 중 연금계좌로 납입하는 금액

1) 연금부동산 양도일 현재 거주자가「기초연금법」 제2조제3호에 따른 기초연금 수급자일 것

2) 연금부동산 양도일 현재 거주자 및 그 배우자가 1주택 또는 무주택 세대의 구성원일 것

3) 연금부동산 양도일 현재 연금부동산을 보유한 기간이 10년 이상일 것

4) 연금부동산 양도일부터 6개월 이내에 연금부동산 양도차액을 연금부동산 소유자의 연금계좌로 납입할 것

2. 연금수령 개시를 신청한 날(연금수령 개시일을 사전에 약정한 경우에는 약정에 따른 개시일을 말한다) 이후에는 연금보험료를 납입하지 않을 것

③ 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출"이란

연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제20조의2제1항에 따라 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목의 퇴직소득을 제20조의2제1항제1호나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3년 이후 해외이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.

1. 가입자가 55세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것
2. 연금계좌의 가입일부터 5년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목에 따른 금액(퇴직소득이 연금계좌에서 직접 인출되는 경우를 포함하며, 이하 "이연퇴직소득"이라 한다)이 연금계좌에 있는 경우에는 그러하지 아니한다.
3. 과세기간 개시일(연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 과세기간에는 연금수령 개시를 신청한 날로 한다) 현재 다음의 계산식에 따라 계산된 금액(이하 "연금수령한도"라 한다) 이내에서 인출할 것. 이 경우 제20조의2제1항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

$$\frac{\text{연금계좌의 평가액}}{(11 - \text{연금수령연차})} \times \frac{120}{100}$$

④ 제3항제3호의 계산식에서 "연금수령연차"란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로 하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.

1. 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌[2013년 3월 1일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호에 따른 확정급여형퇴직연금제도(이하 "확정급여형퇴직연금제도"라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6년차
2. 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계한 경우: 사망일 당시 피상속인의 연금수령연차

⑤ 연금계좌에서 연금수령한도를 초과하여 인출하는 금액은 연금외수령하는 것으로 본다.

⑥ 연금계좌 가입자가 연금수령개시 또는 연금계좌의 해지를 신청하는 경우 연금계좌취급자는 재정경제부령으로 정하는 연금수령개시 및 해지명세서를 다음 달 10일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.

⑦ 거주자는 주택차액 또는 연금부동산 양도차액(이하 이 조에서 "주택차액등"이라 한다)을 연금계좌에 납입하려는 경우 재정경제부령으로 정하는 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 연금계좌취급자에게 제출해야 한다.

1. 연금주택 또는 연금부동산 매매계약서
2. 축소주택 매매계약서(축소주택을 매입한 경우만 해당한다)
3. 그 밖에 재정경제부령으로 정하는 서류

⑧ 거주자가 주택차액등을 연금계좌에 납입한 후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 경우에는 그 납입일부터 연금계좌에 납입한 금액 전액을 연금보험료로 보지 않는다.

1. 주택차액등을 연금계좌에 납입할 당시 제2항제1호다목 또는 라목의 요건을 충족하지 못한 사실이 확인된 경우
2. 주택차액을 연금계좌에 납입한 날부터 5년 이내에 주택을 새로 취득한 경우로서 연금주택의 양도가액에서 새로 취득한 주택의 취득가액을 뺀 금액이 연금계좌에 납입한 금액보다 작은 경우

⑨ 국세청장은 주택차액등을 연금계좌에 납입한 거주자가 제8항 각 호에 해당하는지 여부를 확인한 후 그에 해당하는 사람이 있으면 그 사실을 매년 2월 말일까지 해당 연금계좌취급자에게 통보해야 하고, 연금계좌취급자는 이를 해당 거주자에게 통보해야 한다.

⑩ 연금계좌취급자는 제9항에 따른 통보를 받은 경우 제8항에 따라 연금보험료로 보지 않는 주택차액등 연금계좌 납입금과 관련하여 그 운용실적에 따라 증가된 금액(이하 이 항에서 "운용수익"이라 한다)에 대해 연금보험료로 보지 않았더라면 원천징수했어야 할 세액(이미 원천징수한 세액이 있는 경우에는 이를 공제한 금액을 말한다)을 즉시 징수한 후 그 징수일이 속하는 달의 다음 달 10일까지 원천징수 관할 세무서장에게 납부해야 하고, 해당 연금계좌에 남아 있는 주택차액 납입금과 운

용수익 잔액을 거주자에게 반환해야 한다. 이 경우 반환받은 운용수익은 그 원천징수일이 속하는 과세기간의 종합소득과세표준을 계산할 때 법 제14조에 따라 합산한다.

⑪ 1주택을 둘 이상의 거주자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 지분비율만큼 각각 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목·라목 및 제7항부터 제10항까지의 규정을 적용한다. 다만, 1주택을 거주자와 그 배우자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 함께 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목2) 및 같은 호 라목2)를 적용한다.

⑫ 제11항을 적용할 때 제2항제1호다목3)에 따른 기준시가는 주택의 소유 지분에도 불구하고 해당 주택 전체에 대한 기준시가를 말하며, 주택의 소유 지분을 양도하거나 취득하는 경우 같은 목 4)에 따른 양도가액 및 취득가액은 해당 주택 전체를 기준으로 한 가액으로서 재정경제부령으로 정하는 바에 따라 계산한 가액으로 한다.

제40조의3(연금계좌의 인출순서 등)

① 연금계좌에서 일부 금액이 인출되는 경우에는 다음 각 호의 금액이 순서에 따라 인출되는 것으로 본다.

1. 법 제20조의3제1항제2호 각 목에 해당하지 아니하는 금액(이하 "과세제외금액"이라 한다)
2. 이연퇴직소득
3. 법 제20조의3제1항제2호나목부터 라목까지의 규정에 따른 금액

② 과세제외금액은 다음 각 호의 순서에 따라 인출되는 것으로 본다. 다만, 제4호는 제201조의10에 따라 확인되는 금액만 해당하며, 확인되는 날부터 과세제외금액으로 본다.

1. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료(제2호에 해당하는 금액은 제외한다)
2. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액
3. 해당 연금계좌만 있다고 가정할 때 해당 연금계좌에 납입된 연금보험료로서 법 제59조의3제1항 단서에 따른 연금계좌세액공제의 한도액(이하 이 조에서 "연금계좌세액공제 한도액"이라 한다)을 초과하는 금액이 있는 경우 그 초과하는 금액
4. 제1호부터 제3호까지에서 정한 금액 외에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제를 받지 아니한 금액

③ 인출된 금액이 연금수령한도를 초과하는 경우에는 연금수령분이 먼저 인출되고 그 다음으로 연금외수령분이 인출되는 것으로 본다.

④ 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제 한도액 이내의 연금보험료는 납입일이 속하는 과세기간의 다음 과세기간 개시일(납입일이 속하는 과세기간에 연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 경우에는 연금수령 개시를 신청한 날)부터 제1항제3호 중 법 제20조의3제1항제2호나목에 따른 세액공제를 받은 금액으로 본다.

⑤ 연금계좌의 운용에 따라 연금계좌에 있는 금액이 원금에 미달하는 경우 연금계좌에 있는 금액은 원금이 제1항에 따른 인출순서와 반대의 순서로 차감된 후의 금액으로 본다.

제40조의4(연금계좌의 이체)

① 연금계좌에 있는 금액이 연금수령이 개시되기 전의 다른 연금계좌로 이체되는 경우에는 이를 인출로 보지 아니하다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니한다.

1. 연금저축계좌와 퇴직연금계좌 상호 간에 이체되는 경우
2. 2013년 3월 1일 이후에 가입한 연금계좌에 있는 금액이 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌로 이체되는 경우
3. 퇴직연금계좌에 있는 일부 금액이 이체되는 경우

② 제1항 단서 및 같은 항 제1호에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 인출로 보지 아니한다.

1. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 연금저축계좌의 가입자가 제40조의2제1항제2호

나목에 해당하는 퇴직연금계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우
2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 퇴직연금계좌(제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 경우에 한정한다)의 가입자가 연금저축계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우

③ 제1항을 적용할 때 일부 금액이 이체(제1항제3호의 경우를 제외한다)되는 경우에는 제40조의3제1항 각 호의 순서에 따라 이체되는 것으로 본다.

④ 제1항 및 제2항을 적용할 때 연금계좌의 가입일 등은 이체받은 연금계좌를 기준으로 이 영을 적용한다. 다만, 연금계좌가 새로 설정되어 전액이 이체되는 경우에는 이체되기 전의 연금계좌를 기준으로 할 수 있다.

⑤ 연금계좌의 이체에 따라 연금계좌취급자가 변경되는 경우에는 이체하는 연금계좌취급자가 이체와 함께 재정경제부령으로 정하는 연금계좌이체명세서를 이체받는 연금계좌취급자에게 통보하여야 한다.

제100조의2(연금계좌의 승계 등)

① 법 제44조제2항에 따라 상속인이 연금계좌를 승계하는 경우 해당 연금계좌의 소득금액을 승계하는 날에 그 연금계좌에 가입한 것으로 본다. 다만, 제40조의2제3항제2호의 연금계좌의 가입일은 피상속인의 가입일로 하여 적용한다.

② 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계하려는 상속인은 피상속인이 사망한 날이 속하는 달의 말일부터 6개월 이내에 연금계좌취급자에게 승계신청을 하여야 한다. 이 경우 상속인은 피상속인이 사망한 날부터 연금계좌를 승계한 것으로 본다.

③ 제2항 전단에 따른 승계신청을 받은 연금계좌취급자는 사망일부터 승계신청일까지 인출된 금액에 대하여 이를 피상속인이 인출한 소득으로 보아 이미 원천징수된 세액과 상속인이 인출한 금액에 대한 세액과의 차액이 있으면 세액을 정산하여야 한다.

④ 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 제2항 전단에 따른 승계신청을 하지 아니한 경우에는 사망일 현재 다음 각 호의 합계액을 인출하였다고 보아 계산한 세액에서 사망일부터 사망확인일(연금계좌취급자가 확인한 날을 말하며, 사망확인일이 승계신청기한 이전인 경우에는 신청기한의 말일로 하고, 상속인이 신청기한이 지나기 전에 인출하는 경우에는 인출하는 날을 말한다. 이하 이 항에서 같다)까지 이미 원천징수된 세액을 뺀 금액을 피상속인의 소득세로 한다.
1. 사망일부터 사망확인일까지 인출한 소득
2. 사망확인일 현재 연금계좌에 있는 소득

제107조(장애인의 범위)

① 법 제51조제1항제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 재정경제부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질환등 또는 이와 유사한 질병·부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업·취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람
4. 삭제

(이하 생략)

신문 등의 진흥에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "신문"이란 정치·경제·사회·문화·산업·과학·종교·교육·체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도·논평·여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
   가. 일반일간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
   나. 특수일간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물

(이하 생략)

제9조(등록)

① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사 또는 특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1.~ 8. (생략)

9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다)

(이하 생략)

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

(이하 생략)

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우

3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률

제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 사업을 수행하기 위하여 「의료법」 제3조의3에 따른 종합병원 중에서 권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터를 지정할 수 있다.
1. 중증 응급 심뇌혈관질환자 중심 진료 및 조기 재활
2. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환 관련 예방, 진료 및 재활 등에 대한 조사·연구
3. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환조사통계사업 관련 자료의 수집·분석 및 제공
4. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육
5. 그 밖에 심뇌혈관질환관리에 필요한 사업으로서 보건복지부장관이 정하는 사업

② 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 의료기관에 대하여 지정기준, 운영실적 등을 평가할 수 있다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따른 평가결과를 고려하여 3년마다 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터로 재지정할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터가 제1항에 따른 사업을 수행하지 아니하거나 제17조에 따른 지도·감독을 따르지 아니한 경우 시정을 명할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 그 지정을 취소할 수 있다.
1. 제1항에 따른 사업을 수행하지 아니하거나 제4항에 따른 시정명령을 이행하지 아니한 경우
2. 제6항에 따른 지정 기준에 미달한 경우
3. 제17조에 따른 지도·감독을 따르지 아니한 경우
4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유에 해당한 경우

⑥ 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터의 지정·재지정의 기준·방법·절차 및 지정 취소의 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

암관리법

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

② 국립암센터는 법인으로 한다.

③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.

④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.
1. 목적
2. 명칭

3. 주된 사무소 및 부속기관
4. 임원의 성명 및 주소
5. 공고의 방법

약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.

(이하 생략)

약제 급여 목록 및 급여 상한금액표

제1조(목적)

이 표는 국민건강보험법 시행령 제22조제1항 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조제2항의 규정에 의한 약제 급여 목록 및 급여 상한금액을 정함을 목적으로 한다.

제2조(약제 급여 목록 및 급여 상한금액 등)

① 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표는 별표1과 같다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 약사법 제31조의2 및 제42조 규정에 의한 원료의약품 및 동법 제41조 규정에 의한 조제실제제의 경우에는 제1항의 규정에 의한 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표에 등재된 것으로 본다.

③ 약제비용이 건강보험요양급여행위및그상대가치점수(보건복지부 고시)에 포함되어 있는 약제는 상한금액란에 "산정불가"로 표기한다.

④ 모든 약제는 정, 캡슐, 앰플, 병, 통 등 생산규격단위로 등재한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 호의 구분에 따른다.

1. 산소, 아산화질소는 단일단위(각 10L, 45L)로 등재
2. 주문공급용 방사성의약품은 최소단위(1mCi)로 등재

⑤ 약제의 상한금액은 등재된 생산규격단위로 표기한다. 다만, 분할조제용 내복제, 혈액투석용 인공관류용제, 혈액응고인자는 규격란에 "(1)"로 구분하여 최소단위 가격을 표기하고, 혈액응고인자 중 생산규격단위가 10,000 I.U 이상인 경우 KI.U로 표기한다.

예금자보호법

제31조(보험금 등의 지급)

① 공사는 부보금융회사에 보험사고가 발생한 경우에는 그 부보금융회사의 예금자등의 청구에 의하여 보험금을 지급하여야 한다. 다만, 제1종 보험사고에 대해서는 제34조에 따른 보험금의 지급결정이 있어야 한다.

② 공사는 제1종 보험사고의 경우에는 예금자등의 청구에 의하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 예금자등의 예금등 채권의 일부를 미리 지급할 수 있다.

③ 공사는 대통령령으로 정하는 바에 따라 제1항 또는 제2항에 따른 지급의 개시일, 기간, 방법, 그 밖에 필요한 사항을 공고하여야 한다.

④ 합병 또는 전환으로 신설되는 부보금융회사, 합병 후 존속하는 부보금융회사 또는 전환 후의 부보금융회사는 그 합병등기일 또는 변경등기일부터 1년까지는 제1항을 적용할 때에 합병 또는 전환으로 신설되는 부보금융회사, 합병 후 존속하는 부보금융회사 또는 전환 후의 부보금융회사와 합병 또는 전환으로 소멸하는 부보금융회사 또는 전환 전의 부보금융회사가 각각 독립된 부보금융회사로 존재하는 것으로 본다.

⑤ 제1종 보험사고가 발생한 후 제2종 보험사고가 발생한 경우 제1항을 적용할 때에는 제2종 보험사고를 독립된 보험사고로 보지 아니한다.

⑥ 공사는 제1항에 따른 보험금을 지급할 때 예금자등이 제21조의2제1항에 따른 부실관련자에 해당하거나 부실관련자와 대통령령으로 정하는 특수관계에 있는 경우에는 그 예금자등의 예금등 채권에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 제3항에 따른 보험금 지급개시일 등의 공고일(이하 "보험금지급공고일"이라 한다)부터 6개월의 범위에서 보험금의 지급을 보류할 수 있다.

⑦ 제1항에 따른 예금자등의 보험금청구권은 제3항에 따른 지급의 개시일부터 5년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

⑧ 공사가 보험금청구권의 행사를 촉구하기 위하여 예금자등에게 하는 안내·통지 등은 제7항 및「민법」제168조제3호에도 불구하고 시효중단의 효력이 없다.

⑨ 공사는 제1항에 따른 보험금을 지급할 때 보험사고가 발생한 부보금융회사가 예금자등에게 가지는 항변(抗辯)으로써 보험금청구권자에게 대항할 수 있다.

제32조(보험금의 계산 등)

① 제31조에 따라 공사가 각 예금자등에게 지급하는 보험금은 보험금지급공고일 현재 각 예금자등의 예금등 채권의 합계액에서 각 예금자등이 해당 부보금융회사에 대하여 지고 있는 채무(보증채무는 제외한다)의 합계액을 뺀 금액으로 한다. 다만, 대통령령으로 따로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

② 제1항에 따른 보험금은 1인당 국내총생산액, 보호되는 예금등의 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액을 한도로 한다.

③ 각 예금자등이 제31조제2항에 따라 미리 지급받은 금액[이하 "가지급금"(假支給金)이라 한다]이 있는 경우에 보험금은 제1항 및 제2항에 따른 금액에서 가지급금을 뺀 금액으로 한다.

④ 각 예금자등에 대하여 지급된 가지급금의 금액이 제1항 및 제2항에 따른 보험금을 초과할 때에는 각 예금자등은 그 초과하는 금액을 공사에 되돌려 주어야 한다.

예금자보호법 시행령

제3조(예금등의 범위)

① ~ ③ (생략)

④ 법 제2조제1호자목의 부보금융회사(이하 "보험회사"라 한다)가 수입한 수입보험료로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것은 법 제2조제2호다목에 따른 예금등의 범위에 포함되지 아니한다.

1. 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약에 의하여 수입한 수입보험료. 다만, 확정기여형

퇴직연금제도, 개인형퇴직연금제도,「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제14호에 따른 중소기업퇴직연 금기금제도(이하 "중소기업퇴직연금기금제도"라 한다) 또는 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험계약에 의하여 수입한 수입보험료는 제외한다.

1의2.「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호의 확정급여형퇴직연금제도에 따른 퇴직보험계약에 따라 수입한 수입보험료

2. 보증보험계약에 의하여 수입한 수입보험료

3. 재보험계약에 의하여 수입한 수입보험료

(이하생략)

제18조(보험금의 계산방법의 예외 등)

① 공사는 법 제32조제1항에 따라 보험금을 계산함에 있어 예금자등이 타인을 위하여 해당 부보금융회사에 대하여 담보로 제공하고 있는 예금등 채권(이하 이 조에서 "담보제공채권"이라 한다)이 있거나 보증채무를 지고 있는 경우에는 피담보채권이나 보증채무가 소멸할 때까지 담보제공채권 또는 보증채무에 상당하는 금액을 한도로 보험금의 지급을 보류할 수 있다.

② 공사는 제1항 또는 법 제31조제6항의 규정에 의하여 보험금의 지급을 보류하는 때에는 당해 보험금의 지급을 청구한 예금자등에 대하여 다음 각호의 사항을 기재한 서면을 교부하여야 한다.

1. 지급을 보류하는 보험금의 금액
2. 보험금의 지급보류사유
3. 보험금의 지급보류기간
4. 보험금의 지급보류사유가 소멸되거나 지급보류기간이 만료되어 예금자등이 보류된 보험금의 지급을 청구하는 경우의 그 절차 및 방법

③ 법 제32조제1항 단서에 따라 확정기여형퇴직연금제도, 개인형퇴직연금제도, 중소기업퇴직연금기금제도 또는 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험 또는 퇴직일시금신탁(이하 이 조에서 "확정기여형퇴직연금제도등"이라 한다)에 대하여 공사가 지급하는 보험금의 경우에는 법 제31조제3항에 따른 보험금 지급공고일(이하 이 조에서 "보험금 지급공고일"이라 한다) 현재 해당 가입자(「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제11호에 따른 가입자를 말하며, 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험 또는 퇴직일시금신탁의 피보험자 또는 수익자를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 부보금융회사에 대하여 가지고 있는 예금등 채권[확정기여형퇴직연금제도, 개인형퇴직연금제도 또는 중소기업퇴직연금기금제도의 자산관리업무를 수행하는 퇴직연금사업자(중소기업퇴직연금기금제도의 경우「산업재해보상보험법」 제10조에 따른 근로복지공단을 말한다)가 가입자를 위하여 가지고 있는 예금등 채권을 포함한다. 이하 이 조에서 같다]의 합계액에서 해당 부보금융회사에 대하여 부담하고 있는 채무의 합계액을 공제하지 아니한다. 다만, 해당 부보금융회사가 해당 가입자로부터「근로자퇴직급여 보장법」 제7조제2항에 따라 담보(확정기여형퇴직연금제도, 개인형퇴직연금제도 및 중소기업퇴직연금기금제도의 경우만 해당한다)를 제공받거나 서면으로 동의를 받은 경우에는 그러하지 아니하다.

④ 투자매매업자·투자중개업자에 보험금 지급공고일이전에 예금자등에 의하여 증권이 매매되어 보험금 지급공고일 후에 대금이 결제되는 때에는 그 결제되는 대금을 포함하여 보험금을 계산하며 그 대금이 결제되는 때까지 보험금의 지급을 보류할 수 있다.

⑤ 법 제32조제1항에 따른 보험금을 계산하는 경우 예금등 채권의 금액은 예금등의 금액과 그 금액에 부보금융회사의 1년 만기 정기예금 또는 이에 준하는 금융상품의 평균이자율을 고려하여 위원회가 정하는 이자율을 곱한 금액을 합산한 금액을 그 한도로 한다. 다만, 보험회사에 대한 예금등 채권 중 보험금(보험기간이 종료되어 지급되는 보험금은 제외한다)의 경우에는 해당 보험금의 금액을 그 한도로 한다.

⑥ 공사는 법 제32조제1항에 따라 보험금을 계산할 때「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제74조

제5항에 따라 증권금융회사 또는 신탁업자가 그에게 예치되거나 신탁된 투자자예탁금을 예금자등에게 우선하여 지급하기로 한 경우에는 그 우선하여 지급하기로 한 투자자예탁금을 보험금에서 공제할 수 있다.

⑦ 법 제32조제2항에 따른 보험금의 지급한도는 1억원(이하 "보험금 지급한도"라 한다)으로 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 각 호에서 정한 바에 따라 보험금 지급한도를 적용한다.

1. 다음 각 목의 예금등 채권의 경우: 해당 목의 예금등 채권에 대하여 각각 보험금 지급한도를 적용
   가. 확정기여형퇴직연금제도등에 따른 예금등 채권. 이 경우 가입자별로 보험금 지급한도를 적용한다.
   나. 다음의 예금등 채권을 합산한 예금등 채권
      1)「소득세법 시행령」 제40조의2제1항제1호가목 및 다목에 따른 연금저축계좌의 예금등 채권
      2) 법률 제11614호 조세특례제한법 일부개정법률 부칙 제40조에 따른 개인연금저축의 예금등 채권 중 신탁업자인 부보금융회사와 보험회사에 대한 예금등 채권
      3) 법률 제11614호 조세특례제한법 일부개정법률 부칙 제41조에 따른 연금저축의 예금등 채권 중 신탁업자인 부보금융회사와 보험회사에 대한 예금등 채권
   다. 보험회사에 대한 예금등 채권(가목 및 나목의 예금등 채권은 제외한다) 중 보험금(보험기간이 종료되어 지급되는 보험금은 제외한다)
   라. 가목부터 다목까지에서 규정한 예금등 채권을 제외한 예금등 채권
2. 개인종합자산관리계좌의 예금등 채권의 경우: 개인종합자산관리계좌의 예금등 채권과 제1호라목의 예금등 채권을 합산하여 보험금 지급한도를 적용. 이 경우 계좌보유자별로 보험금 지급한도를 적용한다.

영유아보육법

제10조(어린이집의 종류)

어린이집의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 국공립어린이집 : 국가나 지방자치단체가 설치·운영하는 어린이집
2. 사회복지법인어린이집 :「사회복지사업법」에 따른 사회복지법인(이하 "사회복지법인"이라 한다)이 설치·운영하는 어린이집
3. 법인·단체등어린이집 : 각종 법인(사회복지법인을 제외한 비영리법인)이나 단체 등이 설치·운영하는 어린이집으로서 대통령령으로 정하는 어린이집
4. 직장어린이집 : 사업주가 사업장의 근로자를 위하여 설치·운영하는 어린이집(국가나 지방자치단체의 장이 소속 공무원 및 국가나 지방자치단체의 장과 근로계약을 체결한 자로서 공무원이 아닌 자를 위하여 설치·운영하는 어린이집을 포함한다)
5. 가정어린이집 : 개인이 가정이나 그에 준하는 곳에 설치·운영하는 어린이집
6. 협동어린이집 : 보호자 또는 보호자와 보육교직원이 조합(영리를 목적으로 하지 아니하는 조합에 한정한다)을 결성하여 설치·운영하는 어린이집
7. 민간어린이집 : 제1호부터 제6호까지의 규정에 해당하지 아니하는 어린이집

유아교육법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음 각 호와 같다.

1. "유아"란 만 3세부터 초등학교 취학전까지의 어린이를 말한다.
2. "유치원"이란 유아의 교육을 위하여 이 법에 따라 설립·운영되는 학교를 말한다.
3. "보호자"란 친권자·후견인 그 밖의 자로서 유아를 사실상 보호하는 자를 말한다.
4. 삭제
5. 삭제
6. "방과후 과정"이란 제13조제1항에 따른 교육과정 이후에 이루어지는 그 밖의 교육활동과 돌봄활동을 말한다.

응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제26조(권역응급의료센터의 지정)

① 보건복지부장관은 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 또는 같은 법 제3조의3에 따른 300병상을 초과하는 종합병원 중에서 권역응급의료센터를 지정할 수 있다.

1. 중증응급환자 중심의 진료
2. 재난 대비 및 대응 등을 위한 거점병원으로서 보건복지부령으로 정하는 업무
3. 권역(圈域) 내에 있는 응급의료종사자에 대한 교육·훈련
4. 권역 내 다른 의료기관에서 제11조에 따라 이송되는 중증응급환자에 대한 수용
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 권역 내 응급의료 관련 업무

② 권역응급의료센터의 지정 기준·방법·절차 및 업무와 중증응급환자의 기준 등은 권역 내 응급의료 수요와 공급 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만,

종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표1]

응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)]

1. 응급증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으 로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌 장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려 가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절· 외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   - 라. 출혈 : 혈관손상
   - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의 료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

의료급여법

제4조(적용 배제)

① 수급권자가 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우에는 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

② 수급권자가 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체 등으로부터 의료급여에 상당하는 급여 또는 비용을 받게 되는 경우에는 그 한도에서 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

제7조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제10조(급여비용의 부담)

급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제25조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

제15조(의료급여의 제한)

① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우

② 의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다.

제17조(의료급여의 중지 등)

① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.

1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우

② 시장·군수·구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.

③ 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.

1. 삭제
2. 삭제

② 삭제

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.

1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자 : 연간 80만원. 다만,「의료법」제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

의료기기 품목 및 품목별 등급에 관한 규정

제1조(목적)

이 규정은「의료기기법」제3조 및 같은 법 시행규칙 제2조에 따른 의료기기의 품목 및 품목별 등급에 관하여 필요한 사항을 정함을 목적으로 한다.

제3조(의료기기 품목 및 품목별 등급)

「의료기기법 시행규칙」별표 1에 따른 의료기기 품목 및 품목별 등급은 별표 1과 같다.

의료법

제2조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임산부·태아·신생아에 대한 산전·산후관리, 보건 교육·상담 및 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
   가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
   나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
   다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
   라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

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.

1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원 : 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

④ ~ ⑧ : 삭제

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과・외과・소아청소년과・산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치・운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력・시설・장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정・재지정의 기준・절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

제5조(의사・치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사・치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제33조(개설 등)

① 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다.

1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우
3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 이 경우 의사는 종합병원・병원・요양병원・정신병원 또는 의원을, 치과의사는 치과병원 또는 치과의원을, 한의사는 한방병원・요양병원 또는 한의원을, 조산사는 조산원만을 개설할 수 있다.

1. 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사
2. 국가나 지방자치단체
3. 의료업을 목적으로 설립된 법인(이하 "의료법인"이라 한다)
4. 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인
5. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 준정부기관, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 한국보훈복지의료공단

③ 제2항에 따라 의원・치과의원・한의원 또는 조산원을 개설하려는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장・군수・구청장에게 신고하여야 한다.

④ 제2항에 따라 종합병원・병원・치과병원・한방병원・요양병원 또는 정신병원을 개설하려면 제33조의2에 따른 시・도 의료기관개설위원회의 심의를 거쳐 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시・도지사의 허가를 받아야 한다. 이 경우 시・도지사는 개설하려는 의료기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개설허가를 할 수 없다.

1. 제36조에 따른 시설기준에 맞지 아니하는 경우
2. 제60조제1항에 따른 기본시책과 같은 조 제2항에 따른 수급 및 관리계획에 적합하지 아니한 경

우

⑤ 제3항과 제4항에 따라 개설된 의료기관이 개설 장소를 이전하거나 개설에 관한 신고 또는 허가사항 중 보건복지부령으로 정하는 중요사항을 변경하려는 때에도 제3항 또는 제4항과 같다.

⑥ 조산원을 개설하는 자는 반드시 지도의사(指導醫師)를 정하여야 한다.

⑦ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 의료기관을 개설할 수 없다.

1. 약국 시설 안이나 구내인 경우
2. 약국의 시설이나 부지 일부를 분할·변경 또는 개수하여 의료기관을 개설하는 경우
3. 약국과 전용 복도·계단·승강기 또는 구름다리 등의 통로가 설치되어 있거나 이런 것들을 설치하여 의료기관을 개설하는 경우
4. 「건축법」 등 관계 법령에 따라 허가를 받지 아니하거나 신고를 하지 아니하고 건축 또는 증축·개축한 건축물에 의료기관을 개설하는 경우

⑧ 제2항제1호의 의료인은 어떠한 명목으로도 둘 이상의 의료기관을 개설·운영할 수 없다. 다만, 2 이상의 의료인 면허를 소지한 자가 의원급 의료기관을 개설하려는 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허 종별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있다.

⑨ 의료법인 및 제2항제4호에 따른 비영리법인(이하 이 조에서 "의료법인등"이라 한다)이 의료기관을 개설하려면 그 법인의 정관에 개설하고자 하는 의료기관의 소재지를 기재하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정관의 변경허가를 얻어야 한다(의료법인등을 설립할 때에는 설립 허가를 말한다. 이하 이 항에서 같다). 이 경우 그 법인의 주무관청은 정관의 변경허가를 하기 전에 그 법인이 개설하고자 하는 의료기관이 소재하는 시·도지사 또는 시장·군수·구청장과 협의하여야 한다.

⑩ 의료기관을 개설·운영하는 의료법인등은 다른 자에게 그 법인의 명의를 빌려주어서는 아니 된다.

제36조(준수사항)

제33조제2항 및 제8항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.

1. 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항
2. 의료기관의 안전관리시설 기준에 관한 사항
3. 의료기관 및 요양병원의 운영 기준에 관한 사항
4. 고가의료장비의 설치·운영 기준에 관한 사항
5. 의료기관의 종류에 따른 의료인 등의 정원 기준에 관한 사항
6. 급식관리 기준에 관한 사항
7. 의료기관의 위생 관리에 관한 사항
8. 의료기관의 의약품 및 일회용 주사 의료용품의 사용에 관한 사항
9. 의료기관의 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제4항에 따른 감염병환자등의 진료 기준에 관한 사항
10. 의료기관 내 수술실, 분만실, 중환자실 등 감염관리가 필요한 시설의 출입 기준에 관한 사항
11. 의료인 및 환자 안전을 위한 보안장비 설치 및 보안인력 배치 등에 관한 사항
12. 의료기관의 신체보호대 사용에 관한 사항
13. 의료기관의 의료관련감염 예방에 관한 사항
14. 종합병원과 요양병원의 임종실 설치에 관한 사항

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.

1. 제28조제1항에 따른 의사회・치과의사회・한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회・전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

의료법 시행규칙

제24조(가정간호)

① 법 제33조제1항제4호에 따라 의료기관이 실시하는 가정간호의 범위는 다음 각 호와 같다.
1. 간호
2. 검체의 채취(보건복지부장관이 정하는 현장검사를 포함한다. 이하 같다) 및 운반
3. 투약
4. 주사
5. 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련
6. 상담
7. 다른 보건의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰

② 가정간호를 실시하는 간호사는 「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」에 따른 가정전문간호사이어야 한다.

③ 가정간호는 의사나 한의사가 의료기관 외의 장소에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하여 가정전문간호사에게 치료나 관리를 의뢰한 자에 대하여만 실시하여야 한다.

④ 가정전문간호사는 가정간호 중 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사 또는 치료적 의료행위인 간호를 하는 경우에는 의사나 한의사의 진단과 처방에 따라야 한다. 이 경우 의사 및 한의사 처방의 유효기간은 처방일부터 90일까지로 한다.

⑤ 가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정전문간호사를 2명 이상 두어야 한다.

⑥ 가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정간호에 관한 기록을 5년간 보존하여야 한다.

⑦ 이 규칙에서 정한 것 외에 가정간호의 질 관리 등 가정간호의 실시에 필요한 사항은 보건복지부장관이 따로 정한다.

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표 4]

의료기관의 시설규격

1. 입원실
   가. ~ 자. (생략)
2. 중환자실
   가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 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.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

(이하생략)

자동차관리법

제3조(자동차의 종류)

① 자동차는 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. ~ 4. (생략)

5. 이륜자동차: 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차

② 제1항에 따른 구분의 세부기준은 자동차의 크기·구조, 원동기의 종류, 총배기량 또는 정격출력 등에 따라 국토교통부령으로 정한다.

③ 제1항에 따른 자동차의 종류는 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표 1] 자동차의 종류

1. 규모별 세부기준

종 류	경 형		소 형	중 형	대 형
	초 소 형	일 반 형			
승용 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동차	배기량이 50시시 미만(최고출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 125시시 이하(최고출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 125시시 초과 260시시 이하(최고출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종 류	유 형 별	세 부 기 준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것

종 류	유 형 별	세 부 기 준
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
   가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형 화물자동차 및 특수용도형인 경형 화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
      1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
      2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이 벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
      3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
   나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
      1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
      2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
      3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
   가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차 중 최고출력 기준이 규정되어 있지 않은 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고,「환경친화적자동차의 개발 및 보급 촉진에 관한 법률」제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
   나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구

분한다.

다. 최고출력(maximum net power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

자동차손해배상 보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제88조(자산운용보고서의 교부)

① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3개월마다 1회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.

② 집합투자업자는 제1항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 "기준일"이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산·부채 및 집합투자증권의 기준가격
   가. 회계기간의 개시일부터 3개월이 종료되는 날
   나. 회계기간의 말일
   다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일
   라. 해지일 또는 해산일
2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항
3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율
4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전율
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 제1항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령

으로 정한다.

제188조(신탁계약의 체결 등)

① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.

1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호
2. 신탁원본의 가액 및 제189조제1항 및 제3항에 따라 발행하는 투자신탁의 수익권(이하 "수익증권"이라 한다)의 총좌수에 관한 사항
3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항
4. 이익분배 및 환매에 관한 사항
5. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기·방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.
6. 수익자총회에 관한 사항
7. 공시 및 보고서에 관한 사항
8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

(이하생략)

자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령

제93조(수시공시의 방법 등)

① 법 제89조제1항제1호에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자가 공시하여야 하는 투자운용인력의 운용경력은 투자운용인력을 변경한 날부터 최근 3년 이내의 운용경력으로 한다.

② 법 제89조제1항제3호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.

③ 법 제89조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 말한다.

1. 투자설명서의 변경. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다.
   가. 법 및 이 영의 개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
   나. 집합투자규약의 변경에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
   다. 투자설명서의 단순한 자구수정 등 경미한 사항을 변경하는 경우
   라. 투자운용인력의 변경이 있는 경우로서 법 제123조제3항제2호에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
2. 집합투자업자의 합병, 분할, 분할합병 또는 영업의 양도·양수
3. 집합투자업자 또는 일반사무관리회사가 기준가격을 잘못 산정하여 이를 변경하는 경우에는 그 내용(제262조제1항 후단에 따라 공고·게시하는 경우에 한한다)
4. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구(존속하는 동안 투자금을 추가로 모집할 수 있는 집합투자기구로 한정한다. 이하 이 항에서 같다)로서 설정 및 설립 이후 1년(제81조제3항제1호의 집합투자기구의 경우에는 설정 및 설립 이후 2년)이 되는 날에 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실
5. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구가 설정 및 설립되고 1년(제81조제3항제1호의 집합투자기구의 경우에는 설정 및 설립 이후 2년)이 지난 후 1개월간 계속하여 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실
6. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구(부동산·특별자산투자재간접집합투자기구를 포함

한다)인 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사항

가. 제242조제2항 각 호 외의 부분 단서에 따른 시장성 없는 자산의 취득 또는 처분

나. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구의 집합투자증권의 취득 또는 처분. 다만, 이미 취득한 것과 같은 집합투자증권을 추가로 취득하거나 일부를 처분하는 경우는 제외한다.

다. 지상권·지역권 등 부동산 관련 권리 및 사업수익권·시설관리운영권 등 특별자산 관련 중요한 권리의 발생·변경

라. 금전의 차입 또는 금전의 대여

7. 그 밖에 투자자의 투자판단에 중대한 영향을 미치는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 공시와 관련하여 그 서식과 작성방법, 기재사항 등에 관한 구체적인 기준은 금융위원회가 정하여 고시한다.

제265조(회계감사인의 선임 등)

① 법 제240조제4항에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등(투자회사는 제외한다)이 집합투자기구의 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 그 집합투자기구의 집합투자재산을 운용하는 집합투자업자의 감사의 동의(감사위원회가 설치된 경우에는 감사위원회의 의결을 말한다)를 받아야 하며, 투자회사가 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 감독이사의 동의를 받아야 한다.

② 집합투자재산에 대한 회계감사기준은 금융위원회가 증권선물위원회의 심의를 거쳐 정하여 고시한다.

③ 집합투자재산에 대한 회계감사와 관련하여 회계감사인의 권한은 법 및 「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」 제21조에서 정하는 바에 따른다.

④ 회계감사인은 집합투자재산에 대한 회계감사를 마친 때에는 다음 각 호의 사항이 기재된 회계감사보고서를 작성하여 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등에게 이를 지체 없이 제출해야 한다.

1. 집합투자재산의 재무상태표
2. 집합투자재산의 손익계산서
3. 집합투자재산의 기준가격계산서
4. 집합투자업자 및 그 이해관계인(법 제84조제1항에 따른 이해관계인을 말한다)과의 거래내역

⑤ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 회계감사인으로부터 회계감사보고서를 제출받은 경우에는 금융위원회, 협회, 그 집합투자증권을 판매하는 투자매매업자·투자중개업자 및 그 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자에게 이를 지체 없이 제출하여야 한다.

⑥ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따라 해당 투자자가 회계감사보고서를 열람할 수 있도록 하여야 한다.

⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.

장기등 이식에 관한 법률

제4조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "장기등"이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

가. 신장·간장·췌장·심장·폐

나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)·골수·안구

다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손·팔 또는 발·다리

라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것

마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것

(이하생략)

제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)

① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.

② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

장애인복지법

제32조(장애인 등록)

① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다.

② 삭제

③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다.

④ 장애인의 장애 인정과 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다.

⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.

⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.

⑦ 삭제

⑧ 보건복지부장관 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 「사회보장기본법」 제37조에 따른 사회보장정보시스템을 이용하여 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인이 필요한 경우에 이를 확인하여 줄 수 있다.

⑨ 제1항, 제3항, 제5항, 제6항 및 제8항에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제32조의3(장애인 등록 취소 등)

① 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제32조제1항에 따라 등록증을 받은 사람(제3호의 경우에는 법정대리인등을 포함한다)이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 장애인 등록을 취소하여야 한다.

1. 사망한 경우

2. 제2조에 따른 기준에 맞지 아니하게 된 경우
3. 정당한 사유 없이 보건복지부령으로 정하는 기간 동안 제32조제3항에 따른 장애 진단 명령 등 필요한 조치를 따르지 아니한 경우
4. 장애인 등록 취소를 신청하는 경우

② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제32조제1항에 따라 등록증을 받은 사람과 법정대리인등 및 부정한 방법으로 등록증을 취득한 사람 등에게 등록증의 반환을 명하여야 한다.

1. 제1항에 따라 장애인 등록이 취소된 경우. 다만, 제1항제1호의 경우는 제외한다.
2. 중복발급 및 양도·대여 등 부정한 방법으로 등록증을 취득한 경우

③ 제2항에 따라 등록증 반환 명령을 받은 사람은 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.

④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 장애인 등록의 취소, 등록증의 반환 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

장애인복지법 시행규칙

제2조(장애인의 장애 정도 등)

①「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애 정도는 별표 1과 같다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애 정도의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 해당 기준을 정하기 위하여 장애인에 대한 진단·재활·치료·교육 및 훈련 등에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가 및 관계 기관·법인·단체의 의견을 청취할 수 있으며, 필요한 경우 자문회의를 개최할 수 있다.

장애인활동지원에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "장애인"이란「장애인복지법」제2조에 따른 장애인을 말한다.
2. "활동지원급여"란 수급자에게 제공되는 제16조제1항에 따른 활동보조, 방문목욕, 방문간호 등의 서비스를 말한다.
3. "수급자"란 제9조제2항에 따라 수급자로 인정되어 활동지원급여를 받을 예정이거나 받고 있는 사람을 말한다.
4. "활동지원사업"이란 국가와 지방자치단체가 이 법에 따라 수행하는 활동지원급여에 관한 사업을 말한다.
5. "부양의무자"란 수급자(제6조제1항에 따른 신청인을 포함한다. 이하 이 호에서 같다)를 부양할 책임이 있는 사람으로서 수급자의 1촌 이내 직계 혈족 또는 수급자의 배우자 및 그 밖에 수급자의 생계를 책임지는 대통령령으로 정하는 사람을 말한다.
6. "활동지원기관"이란 제20조에 따라 지정을 받은 기관으로서 수급자에게 활동지원급여를 제공하는 기관을 말한다.
7. "활동지원인력"이란 활동지원기관에 소속되어 수급자에 대한 활동지원급여를 수행하는 사람을 말한다.

제16조(활동지원급여의 종류 등)

① 이 법에 따른 활동지원급여의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 활동보조: 활동지원인력인 제27조에 따른 활동지원사가 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동, 가사활동 및 이동보조 등을 지원하는 활동지원급여
2. 방문목욕: 활동지원인력이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 활동지원급여
3. 방문간호: 활동지원인력인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 활동지원급여
4. 그 밖의 활동지원급여: 야간보호 등 대통령령으로 정하는 활동지원급여

② 수급자가 활동지원급여를 받거나 활동지원기관이 활동지원급여를 제공할 때에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 요구하거나 제공하여서는 아니 된다.
1. 수급자가 아닌 그 가족을 위한 활동보조(신체활동 지원, 가사활동 지원, 사회활동 지원 등)·방문목욕·방문간호 등의 행위
2. 수급자 또는 그 가족의 직장 등에서 생업을 지원하는 활동보조 행위
3. 수급자의 자립생활에 지장이 없어 지원할 필요가 없다고 인정되는 행위

③ 그 밖에 활동지원급여의 제공 기준·절차·방법·범위 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

재난 및 안전관리 기본법

제60조(특별재난지역의 선포)

① 중앙대책본부장은 대통령령으로 정하는 규모의 재난이 발생하여 국가의 안녕 및 사회질서의 유지에 중대한 영향을 미치거나 피해를 효과적으로 수습하기 위하여 특별한 조치가 필요하다고 인정하거나 제5항에 따른 지역대책본부장의 요청이 타당하다고 인정하는 경우에는 중앙위원회의 심의를 거쳐 해당 지역을 특별재난지역으로 선포할 것을 대통령에게 건의할 수 있다.

② 제1항에도 불구하고 대규모 인명피해가 발생하는 등 시급하게 특별재난지역으로 선포할 필요가 있는 경우로서 중앙대책본부장의 요청(제14조제4항에 따라 국무총리가 중앙대책본부장의 권한을 행사하는 경우는 제외한다)을 받아 중앙위원회의 심의를 거칠 시간적 여유가 없다고 중앙위원회의 위원장이 인정하는 경우 중앙대책본부장은 중앙위원회의 심의를 거치지 아니하고 해당 지역을 특별재난지역으로 선포할 것을 대통령에게 건의할 수 있다.

③ 제1항에 따라 대통령령으로 재난의 규모를 정할 때에는 다음 각 호의 사항을 고려하여야 한다.
1. 인명 또는 재산의 피해 정도
2. 재난지역 관할 지방자치단체의 재정 능력
3. 재난으로 피해를 입은 구역의 범위

④ 제1항 또는 제2항에 따라 특별재난지역의 선포를 건의받은 대통령은 해당 지역을 특별재난지역으로 선포할 수 있다.

⑤ 지역대책본부장은 관할지역에서 발생한 재난으로 인하여 제1항에 따른 사유가 발생한 경우에는 중앙대책본부장에게 특별재난지역의 선포 건의를 요청할 수 있다.

제66조(재난지역에 대한 국고보조 등의 지원)

① 국가는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 재난의 원활한 복구를 위하여 필요하면 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 비용(제65조제1항에 따른 보상금을 포함한다)의 전부 또는 일부를 국고에서 부담하거나 지방자치단체, 그 밖의 재난관리책임자에게 보조할 수 있다. 다만, 제39조제1항(제46조제1항에 따라 시·도지사가 하는 경우를 포함한다) 또는 제40조제1항의 대피명령을 방해하거나 위반하여 발생한 피해에 대하여는 그러하지 아니하다.

1. 자연재난

2. 사회재난 중 제60조제3항에 따라 특별재난지역으로 선포된 지역의 재난

(이하생략)

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

제3조(전자서명의 효력)

① 전자서명은 전자적 형태라는 이유만으로 서명, 서명날인 또는 기명날인으로서의 효력이 부인되지 아니한다.

② 법령의 규정 또는 당사자 간의 약정에 따라 서명, 서명날인 또는 기명날인의 방식으로 전자서명을 선택한 경우 그 전자서명은 서명, 서명날인 또는 기명날인으로서의 효력을 가진다

조세특례제한법

제86조의4(연금계좌세액공제 등)

종합소득이 있으며, 해당 과세기간에「소득세법」제14조제3항제6호에 따른 소득의 합계액이 2천만원을 초과하지 않는 50세 이상인 거주자는 2022년 12월 31일까지「소득세법」제59조의3을 적용하는 경우 같은 조 제1항 단서에도 불구하고 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하되, 해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 1억원 초과(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 1억2천만원 초과)인 거주자에 대해서는 연금계좌

중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 300만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

제88조의2(비과세종합저축에 대한 과세특례)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 거주자가 1명당 저축원금이 5천만원(제89조에 따른 세금우대종합저축에 가입한 거주자로서 세금우대종합저축을 해지 또는 해약하지 아니한 자의 경우에는 5천만원에서 해당 거주자가 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액을 뺀 금액으로 한다) 이하인 대통령령으로 정하는 저축(이하 이 조에서 "비과세종합저축"이라 한다)에 2028년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 및 배당소득에 대해서는 소득세를 부과하지 아니한다.

1. 65세 이상인 거주자로서「기초연금법」제2조제3호에 따른 기초연금 수급자
2.「장애인복지법」제32조에 따라 등록한 장애인
3.「독립유공자 예우에 관한 법률」제6조에 따라 등록한 독립유공자와 그 유족 또는 가족
4.「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」제6조에 따라 등록한 상이자(傷痍者)
5.「국민기초생활보장법」제2조제2호에 따른 수급자
6.「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」제2조제3호에 따른 고엽제후유의증환자
7.「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」제4조제2호에 따른 5·18민주화운동부상자

② 삭제

③ 비과세종합저축의 가입절차, 가입대상의 확인, 계약금액 총액의 계산방법, 운용·관리 방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제89조(세금우대종합저축에 대한 과세특례)

① 거주자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 저축(이하 "세금우대종합저축"이라 한다)에 2014년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 및 배당소득에 대해서는「소득세법」제129조에도 불구하고 100분의 9의 세율을 적용하고, 같은 법 제14조제2항에 따른 종합소득과세표준에 합산하지 아니하며,「지방세법」에 따른 개인지방소득세를 부과하지 아니한다.

1.「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」제2조제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사등(이하 이 조에서 "금융회사등"이라 한다)이 취급하는 적립식 또는 거치식 저축(집합투자증권저축·공제·보험·증권저축 및 대통령령으로 정하는 채권저축 등을 포함한다)으로서 저축 가입 당시 저축자가 세금우대 적용을 신청할 것
2. 계약기간이 1년 이상일 것
3. 모든 금융회사등에 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액이 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액 이하일 것. 다만, 세금우대종합저축에서 발생하여 원금에 전입되는 이자 및 배당 등은 세금우대종합저축으로 보되, 계약금액 총액의 1명당 한도를 계산할 때에는 산입하지 아니한다.

가. 20세 이상인 자: 1명당 1천만원

나. 제88조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자: 1명당 3천만원

② ~ ⑥ 삭제

⑦ 세금우대종합저축을 계약일부터 1년 이내에 해지 또는 인출하거나 그 권리를 이전하는 경우 해당 원천징수의무자는 제1항 각 호 외의 부분을 적용하여 원천징수한 세액과「소득세법」제129조를 적용하여 계산한 세액의 차액을 제146조의2에 따라 추징하여야 한다. 다만, 가입자의 사망·해외이주 등 대통령령으로 정하는 부득이한 사유가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

⑧ 세금우대종합저축의 계약금액 총액의 계산방법과 운용·관리 방법, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

조세특례제한법 시행령

제82조의2(비과세종합저축의 요건 등)

① 법 제88조의2제1항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 저축"이란 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 저축(이하 이 조에서 "비과세종합저축"이라 한다)을 말한다.

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 금융회사등(이하 이 조에서 "금융회사등"이라 한다) 및 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 공제회가 취급하는 저축(투자신탁·보험·공제·증권저축·채권저축 등을 포함한다)일 것
   가. 「군인공제회법」에 따라 설립된 군인공제회
   나. 「한국교직원공제회법」에 따라 설립된 한국교직원공제회
   다. 「대한지방행정공제회법」에 따라 설립된 대한지방행정공제회
   라. 「경찰공제회법」에 따라 설립된 경찰공제회
   마. 「대한소방공제회법」에 따라 설립된 대한소방공제회
   바. 「과학기술인공제회법」에 따라 설립된 과학기술인공제회
2. 가입 당시 저축자가 비과세 적용을 신청할 것

② 법 제88조의2제1항에 따른 저축원금은 모든 금융회사등 및 공제회에 가입한 비과세종합저축의 계약금액의 총액으로 한다. 이 경우 비과세종합저축에서 발생하여 원금에 전입되는 이자 및 배당 등은 비과세종합저축으로 보되, 계약금액의 총액을 계산할 때에는 산입하지 아니한다.

③ 비과세종합저축에서 일부 금액이 인출되는 경우 저축원금부터 인출되는 것으로 본다.

④ 비과세종합저축을 취급하는 금융회사등 및 공제회는 비과세종합저축만을 입금 또는 출금하는 비과세종합저축통장 또는 거래카드의 표지·속지 또는 거래명세서 등에 "비과세종합저축"이라는 문구를 표시하여야 한다.

⑤ 비과세종합저축의 계약기간의 만료일 이후 발생하는 이자소득 및 배당소득에 대해서는 법 제88조의2제1항을 적용하지 아니한다.

⑥ ~ ⑧ 삭제

지역보건법

제10조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.

② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기

준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

초 · 중등교육법

제2조(학교의 종류)

초·중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다.

1. 초등학교
2. 중학교·고등공민학교
3. 고등학교·고등기술학교
4. 특수학교
5. 각종학교

통계법

제18조(통계작성의 승인)

① 통계작성기관의 장은 새로운 통계를 작성하고자 하는 경우에는 그 명칭, 종류, 목적, 조사대상, 조사방법, 통계표 서식, 조사사항의 성별구분 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 미리 국가데이터처장의 승인을 받아야 한다. 승인을 받은 사항을 변경하거나 승인을 받은 통계의 작성을 중지하고자 하는 경우에도 또한 같다.

② 통계작성기관의 장은 제1항에 따른 승인을 받거나 제20조에 따른 협의를 거치기 전에 행정자료를 활용한 통계의 작성이 가능한 것인지 여부를 미리 판단하여야 한다. 이 경우 통계작성기관의 장은 이에 대한 판단을 국가데이터처장에게 의뢰할 수 있다.

③ 국가데이터처장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항에 따른 승인을 하지 아니할 수 있다.

1. 이미 승인을 받은 다른 통계와 조사 또는 보고의 대상·목적 및 방법 등 그 내용이 동일 또는 유사하다고 인정되는 경우
2. 표본규모가 지나치게 작거나 검증된 통계작성기법을 사용하지 아니하여 통계의 신뢰성을 확보할 수 없다고 인정되는 경우
3. 조사 또는 보고의 대상 또는 목적 등이 특정 이익집단 또는 특정부문에 편중되거나 영리적인 목적으로 작성되는 등 공공의 이익을 목적으로 작성된다고 보기 어려운 경우

④ 국가데이터처장은 제1항에 따른 승인을 한 때에는 이를 고시하여야 한다. 이 경우 승인을 한 통계의 명칭, 통계작성기관의 명칭 등 고시에 포함되어야 할 사항은 대통령령으로 정한다.

폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제2조(폭행 등)

① 삭제

② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은「형법」각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

1.「형법」제260조제1항(폭행), 제283조제1항(협박), 제319조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제366조(재물손괴 등)의 죄

2.「형법」 제260조제2항(존속폭행), 제276조제1항(체포, 감금), 제283조제2항(존속협박) 또는 제324조제1항(강요)의 죄
3.「형법」 제257조제1항(상해)·제2항(존속상해), 제276조제2항(존속체포, 존속감금) 또는 제350조(공갈)의 죄

③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제2항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 제2항제1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역
2. 제2항제2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역
3. 제2항제3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역

④ 제2항과 제3항의 경우에는 「형법」 제260조제3항 및 제283조제3항을 적용하지 아니한다.

제3조(집단적 폭행 등)

① ~ ③ (삭제)

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1.「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제320조(특수주거침입) 또는 제369조제1항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역
2.「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제324조제2항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역
3.「형법」 제258조의2제1항(특수상해), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제350조의2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

제4조(단체 등의 구성· 활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다.

1.「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
   가.「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
   나.「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
   다.「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
   라.「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항

(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄

2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

해외이주법

제2조(정의)

이 법에서 "해외이주자"란 생업에 종사하기 위하여 외국에 이주하는 사람과 그 가족(「민법」 제779조에 따른 관계에 있는 사람을 말한다) 또는 외국인과의 혼인(외국에서 영주권을 취득한 대한민국 국민과 혼인하는 경우를 포함한다) 및 연고(緣故) 관계로 인하여 이주하는 사람을 말한다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
   가. 암
   나. 후천성면역결핍증
   다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
   라. 만성 간경화
   마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제15조(연명의료중단등결정 이행의 대상)

담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다.

1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우
2. 제18조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우

제16조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단)

① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.

② 제1항에도 불구하고 제25조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 갈음할 수 있다.

제17조(환자의 의사 확인)

① 연명의료중단등결정을 원하는 환자의 의사는 다음 각 호의 어느 하나의 방법으로 확인한다.

1. 의료기관에서 작성된 연명의료계획서가 있는 경우 이를 환자의 의사로 본다.
2. 담당의사가 사전연명의료의향서의 내용을 환자에게 확인하는 경우 이를 환자의 의사로 본다. 담당의사 및 해당 분야의 전문의 1명이 다음 각 목을 모두 확인한 경우에도 같다.
   가. 환자가 사전연명의료의향서의 내용을 확인하기에 충분한 의사능력이 없다는 의학적 판단
   나. 사전연명의료의향서가 제2조제4호의 범위에서 제12조에 따라 작성되었다는 사실
3. 제1호 또는 제2호에 해당하지 아니하고 19세 이상의 환자가 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태인 경우 환자의 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 일관하여 표시된 연명의료중단등에 관한 의사에 대하여 환자가족(19세 이상인 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다) 2명 이상의 일치하는 진술(환자가족이 1명인 경우에는 그 1명의 진술을 말한다)이 있으면 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명의 확인을 거쳐 이를 환자의 의사로 본다. 다만, 그 진술과 배치되는 내용의 다른 환자가족의 진술 또는 보건복지부령으로 정하는 객관적인 증거가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.
   가. 배우자
   나. 직계비속
   다. 직계존속
   라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

② 담당의사는 제1항제1호 및 제2호에 따른 연명의료계획서 또는 사전연명의료의향서 확인을 위하여 관리기관에 등록 조회를 요청할 수 있다.

③ 제1항제2호나 제3호에 따라 환자의 의사를 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다

제18조(환자의 의사를 확인할 수 없는 경우의 연명의료중단등결정)

① 제17조에 해당하지 아니하여 환자의 의사를 확인할 수 없고 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적 상태인 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 해당 환자를 위한 연명의료중단등결정이 있는 것으로 본다. 다만, 담당의사 또는 해당 분야 전문의 1명이 환자가 연명의료중단등결정을 원하지 아니하였다는 사실을 확인한 경우는 제외한다.

1. 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자에 한정한다)이 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우
2. 환자가족 중 다음 각 목에 해당하는 사람(19세 이상인 사람에 한정하며, 행방불명자 등 대통령령으로 정하는 사유에 해당하는 사람은 제외한다) 전원의 합의로 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우

가. 배우자

나. 1촌 이내의 직계 존속·비속

다. 가목 및 나목에 해당하는 사람이 없는 경우 2촌 이내의 직계 존속·비속

라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

② 제1항제1호·제2호에 따라 연명의료중단등결정을 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.

제19조(연명의료중단등결정의 이행 등)

① 담당의사는 제15조 각 호의 어느 하나에 해당하는 환자에 대하여 즉시 연명의료중단등결정을 이행하여야 한다.

② 연명의료중단등결정 이행 시 통증 완화를 위한 의료행위와 영양분 공급, 물 공급, 산소의 단순 공급은 시행하지 아니하거나 중단되어서는 아니 된다.

③ 담당의사가 연명의료중단등결정의 이행을 거부할 때에는 해당 의료기관의 장은 윤리위원회의 심의를 거쳐 담당의사를 교체하여야 한다. 이 경우 의료기관의 장은 연명의료중단등결정의 이행 거부를 이유로 담당의사에게 해고나 그 밖에 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.

④ 담당의사는 연명의료중단등결정을 이행하는 경우 그 과정 및 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.

⑤ 의료기관의 장은 제1항에 따라 연명의료중단등결정을 이행하는 경우 그 결과를 지체 없이 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 관리기관의 장에게 통보하여야 한다.

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 "호스피스전문기관"이라 한다)에 대하여 제29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.

④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제28조(호스피스의 신청)

① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.

② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조제1항제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다.

③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다.

④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "학원"이란 사인(私人)이 대통령령으로 정하는 수 이상의 학습자 또는 불특정다수의 학습자에게 30일 이상의 교습과정(교습과정의 반복으로 교습일수가 30일 이상이 되는 경우를 포함한다. 이하 같다)에 따라 지식·기술(기능을 포함한다. 이하 같다)·예능을 교습(상급학교 진학에 필요한 컨설팅 등 지도를 하는 경우와 정보통신기술 등을 활용하여 원격으로 교습하는 경우를 포함한다. 이하 같다)하거나 30일 이상 학습장소로 제공되는 시설을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설은 제외한다.
   가.「유아교육법」,「초·중등교육법」,「고등교육법」, 그 밖의 법령에 따른 학교
   나. 도서관·박물관 및 과학관
   다. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설
   라.「평생교육법」에 따라 인가·등록·신고 또는 보고된 평생교육시설
   마.「국민 평생 직업능력 개발법」에 따른 직업능력개발훈련시설이나 그 밖에 평생교육에 관한 다른 법률에 따라 설치된 시설
   바.「도로교통법」에 따른 자동차운전학원
   사.「주택법」 제2조제3호에 따른 공동주택에 거주하는 자가 공동으로 관리하는 시설로서「공동주택관리법」 제14조에 따른 입주자대표회의의 의결을 통하여 영리를 목적으로 하지 아니하고 입주민을 위한 교육을 하기 위하여 설치하거나 사용하는 시설

(이하 생략)