무배당 새로담는건강10대주요장기암통합케어특약B(해약환급금 미지급형Ⅱ) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가되어 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 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. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 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.

> 【보험가입금액 한도 제한】
> 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

> 【일부 보장 제외】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

> 【보험금 삭감】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생한 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

> 【보험료 할증】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하여 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

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】
> 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액
> - 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
> - 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원
> → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 또한, 관련법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.
   다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간 및 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조【"암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표3[대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))과 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받았음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다

【한국표준질병·사인분류 적용기준】

· 약관에서 보장하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

· 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

· 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

· C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조【"10대주요장기암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "10대주요장기암"이라 함은 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암" 중 한국표준질병사인분류 중 별표4(10대주요장기암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 10대주요장기암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 10대주요장기암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제 2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 10대주요장기암으로 진단 또는 치료를 받았음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조【"간암(전이포함)"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "간암(전이포함)"이라 함은 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암" 중 한국표준질병사인분류 중 별표 5(간암(전이포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 간암(전이포함)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 간암(전이포함)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제 2 항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 간암(전이포함)으로 진단 또는 치료를 받았음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조【"암의 직접적인 치료"의 정의】

① 이 특약에서 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 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 "암의 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 면역성 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(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제7조【"수술", "내시경수술", "복강경하수술", "흉강경하수술" 및 "관혈수술"의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 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], "항암방사선치료", "항암약물치료"는 "수술"에서 제외합니다.

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

② 이 특약에 있어서 "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 이용한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, "복강경하수술", "흉강경하수술"은 제외합니다.

③ 이 특약에 있어서 "복강경하수술" 및 "흉강경하수술"이라 함은 "최소 침습 수술" 방법의 하나로서, 복부 또는 흉부를 절개하는 대신 0.5~1.5cm 크기의 3~4군데 작은 구멍을 뚫어 천공을 통해 특수 카메라가 장착된 복강경 또는 흉강경과 수술 기구(겸자, 전기메스, 지혈 봉합기구 등)를 삽입하여 시행하는 수술을 말합니다.

④ 제3항의 "복강경하수술" 및 "흉강경하수술"에는 "로봇보조수술"을 포함하며, "로봇보조수술"이라 함은 내시경 및 수술용 기구 등을 로봇 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술을 말합니다.
⑤ 이 특약에 있어서 "관혈수술"이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다. 단, 내시경수술, 복강경하수술, 흉강경하수술은 제외합니다.
⑥ 제1항에서 제5항에서 정한 "수술", "내시경수술", "복강경하수술", "흉강경하수술" 및 "관혈수술"의 경우 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다.
⑦ 제6항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
⑧ 제6항의 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제8조【"종합병원"의 정의】

이 특약에 있어서 "종합병원"이라 함은 의료법 제 3 조의 3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

의료법 제 3 조의 3(종합병원)
① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 1. 100 개 이상의 병상을 갖출 것 2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3 개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 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.

제9조【"중환자실"의 정의】

이 특약에 있어서 "중환자실(Intensive Care Unit: ICU)"이라 함은 의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 동법시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다. 다만, 의료법 상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외합니다.

제10조 【"중환자실치료"의 정의】

이 특약에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "10대주요장기암"의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "10대주요장기암"으로 "중환자실"에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

제11조 【"급여 부분체외순환치료"의 정의】

① 이 특약에 있어서 "급여 부분체외순환치료"라 함은 "10 대주요장기암"으로 진단확정되고, 의사에 의하여 "10 대주요장기암"의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 급여 부분체외순환치료 분류표(별표 6 "급여 부분체외순환치료 분류표" 참조)에서 정한 의료행위를 말합니다.
② 제 1 항의 "급여 부분체외순환치료"은 의료기관에서 의사의 관리하에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

【의료행위】
의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.

제12조 【"급여 지속적신대체요법"의 정의】

① 이 특약에 있어서 "급여 지속적신대체요법"이라 함은 "10 대주요장기암"으로 진단확정되고, 의사에 의하여 "10 대주요장기암"의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 급여 지속적신대체요법 분류표(별표 7 "급여 지속적신대체요법 분류표" 참조)

에서 정한 의료행위를 말합니다.
② 제 1 항의 "급여 지속적신대체요법"은 의료기관에서 의사의 관리하에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제13조 【"급여 특정통증완화치료"의 정의】

이 특약에 있어서 "급여 특정통증완화치료"라 함은 "10 대주요장기암"으로 진단확정되고, 의사에 의하여 "10 대주요장기암"으로 인한 통증의 완화를 목적으로 아래의 치료 중 하나를 받은 경우를 말합니다.

1. "급여 신경차단술" 또는 "급여 신경파괴술"을 받은 경우
   "급여 신경차단술" 및 "급여 신경파괴술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 등의 절차를 거쳐 "급여 신경차단술 및 급여 신경파괴술 분류표"(별표 8 "급여 신경차단술 및 급여 신경파괴술 분류표" 참조)에서 정한 대상 진료행위코드에서 급여항목이 발생한 경우(이하 각각 "급여 신경차단술 인정기준", "급여 신경파괴술 인정기준"이라 합니다)를 의미합니다.
2. "급여 마약성 진통제"를 연간 30 일 이상 처방받은 경우
   "급여 마약성 진통제 처방"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 등의 절차를 거쳐 마약성 진통제에 대한 급여항목이 발생한 경우를 의미합니다. "연간 30 일 이상 처방"이라 함은 급여 마약성 진통제의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2 회 이상 급여 마약성 진통제를 투여한 경우에도 처방일수 1 일로 적용합니다)를 합산하여 30 일 이상인 경우를 말하며 처방일수 합산 시 기준일자는 급여 마약성 진통제를 처방받은 날로 합니다.

【급여 마약성 진통제】
· 약효분류번호 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890 에 해당하는 약제
· 상기 약효분류는 건강보험심사평가원이 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침"에서 정한 마약성 진통제 분류기준을 따릅니다.

제14조 【"급여 간동맥화학색전술"의 정의】

① 이 특약에 있어서 "급여 간동맥화학색전술"이라 함은 "간암(전이포함)"으로 진단확정되고, 의사에 의하여 "간암(전이포함)"의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 간동맥을 통해 항암제가 섞인 색전물질을 주입하는 의료행위를 말하며 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 급여 간동맥화학색전술 분류표(별표 9 "급여 간동맥화학색전술 분류표" 참조)에서 정한 의료행위를 말합니다.
② 제 1 항의 "급여 간동맥화학색전술"은 의료기관에서 의사의 관리하에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제15조 【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제 8 조("종합병원"의 정의)의 종합병원의 요건, 제 9 조("중환자실"의 정의)의 중환자실, 제 11 조("급여 부분체외순환치료"의 정의)의 "급여 부분체외순환치료", 제 12 조("급여 지속적신대체요법"의 정의)의 "급여 지속적신대체요법", 제 13 조("급여 특정통증완화치료"의 정의)의 "급여 특정통증완화치료" 및 제 14 조("급여 간동맥화학색전술"의 정의)의 "급여 간동맥화학색전술"의 기준이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」, 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
② 제 1 항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 수가코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
③ 제 1 항 및 제 2 항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약 내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제 4 항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우

예시) 종합병원 제도의 변경으로 종합병원을 더 이상 지정하지 아니하고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등.

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

④ 회사는 제 3 항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2 회 이상 알립니다.

⑤ 제 3 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않는 경우에는 회사는 계약자에게 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
⑥ 제 3 항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
⑦ 제 3 항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
⑧ 제 1 항에도 불구하고 제 16 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 수가코드가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제16조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 "내시경수술"을 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함)**
   : 10대주요장기암 내시경 수술급여금
2. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 "복강경하수술" 또는 "흉강경하수술"을 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함)**
   : 10대주요장기암 복강경하·흉강경하 수술급여금
3. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 "관혈수술"을 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함)**
   : 10대주요장기암 관혈 수술급여금
4. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 "중환자실치료"를 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함)**
   : 10대주요장기암 중환자실치료급여금
5. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 급여 부분체외순환치료를 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함)**
   : 10대주요장기암 급여 부분체외순환치료급여금
6. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 급여 지속적신대체요법을 받았을때(단, 연간 1회를 한도로 함)**
   : 10대주요장기암 급여 지속적신대체요법급여금
7. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 급여 특정통증완화치료를 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함)**
   : 10대주요장기암 급여 특정통증완화치료급여금
8. **피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "간암(전이포함)"으로 진단 확정되고, 그 "간암(전이포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 급여 간동맥화학색전술을 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함)**
   : 간암(전이포함) 급여 간동맥화학색전술급여금

제17조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.
② 제16조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제8호의 급여금은 각각 연간 1회를 한도로 지급합니다.
③ 제16조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제8호의 "연간"이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
④ "내시경수술"에서 "복강경하수술" 및 "흉강경하수술"은 제외됩니다.
⑤ "관혈수술"에서 "내시경수술", "복강경하수술" 및 "흉강경하수술"은 제외됩니다.
⑥ 제16조(보험금의 지급사유) 중 "중환자실치료"로 인한 보험금의 지급사유 발생일은 "10대주요장기암"으로 중환자실 치료를 최초로 받기 시작한 날로 합니다.
⑦ 제6항 및 제15조(법령 개정에 따른 특약 내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 종합병원 이외의 의료기관에서 "10대주요장기암"으로 중환자실 치료를 받던 도중 해당 의료기관이 관련 법령상 요건을 충족하여 종합병원으로 변경된 경우에는 종합병원으로 변경된 날을 "중환자실치료"로 인한 보험금의 지급사유 발생일로 합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제16조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제18조 【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. **청구서(회사양식)**
2. **사고증명서(암진단확인서("급여 특정통증완화치료"의 경우, "통증의 원인" 필수기재), 검사결과지, 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 필수포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 치료 일자 및 내용 포함), 진료기록부 또는 사망진단서, 입원치료확인서(중환자실 입원기간을 확인할 수 있는 내용을 포함), 중환자실 입원경과 기록지, 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수기재) 등)**

【급여수가코드】
"건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수" (보건복지부 고시)에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

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 확인방법 포함)**
4. **기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류**

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조 【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제18조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제18조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융감독원 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제8항 및 제9항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 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.

【보험금 가지급제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말하며, 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제20조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 이 특약을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없어진 경우. 다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등으로 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 소멸되지 않습니다.

2. 피보험자가 사망하여 보험금의 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

④ 제3항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도를 말합니다.

제21조 【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 특약의 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 계약일부터 제24조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제4조("10대주요장기암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "10대주요장기암" 또는 제5조("간암(전이포함)"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "간암(전이포함)"으로 진단확정된 경우

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항에서 무효로 된 특약의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제22조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 보험금 또는 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제23조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제24조 【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다. 그러나 제20조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결할 경우 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입을 완료하였을 때에는 특약의 보험료를 일시에 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 별도의 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 다음 차회 이후의 보험료는 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약의 보험금 지급사유 등으로 인해 주계약이 소멸된

경우라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제20조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우 특약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 특약보험료를 받은 때부터 이 특약이 정하는 바에 따라 보장합니다.
④ 제3항의 규정에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”, 제4조(“10대주요장기암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “10대주요장기암” 및 제5조(“간암(전이포함)”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “간암(전이포함)”에 대한 보장개시일은(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제25조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.
② 제1항에 따라 이 특약이 해지되는 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때에 계약자부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제24조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항 및 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제27조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
③ 제1항에도 불구하고, 이 특약이 주계약 또는 특약에 의무부가 된 경우, 주계약 또는 특약 해지 시 해지 가능합니다.

제28조 【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다. “해약환급금 미지급형Ⅱ” 상품은 보험료 납입기간 중 중도 해지될 경우 해약환급금이 전혀 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 중도 해지되는 경우 해약환급금은 “기본형” 상품의 해약환급금 대비 적습니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형Ⅱ” 상품은 “기본형” 상품보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 중도 해지될 경우 해약환급금을 전혀 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 중도 해지되는 경우 “기본형” 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우라도 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2. “보험료 납입기간”이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료 납입이 연체된 경우에는 보험료 총액의 납입이 완료된 날까지의 기간을 말하며, 보험료를 선납하여 보험료 납입기간이 도달하기 전에 보험료 총액의 납입이 완료된 경우라 하더라도 계약 체결시 약정한 보험료 납입기간을 말합니다.
3. “기본형” 상품의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산하며, “기본형” 상품은 본 상품과 동일한 보장 내용의 비교·안내만을 위한 상품으로 실제 판매하지 않습니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2 [보험금을 지급할 때의 적립이

율 계산]에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제29조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액
10대주요장기암 내시경 수술급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 "내시경수술"을 받았을 때 (단, 연간1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 20%
10대주요장기암 복강경하·흉강경하 수술급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 "복강경하수술" 또는 "흉강경하수술"을 받았을 때 (단, 연간1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 40%
10대주요장기암 관혈 수술급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 "관혈수술"을 받았을 때 (단, 연간1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 40%
10 대주요장기암 중환자실치료급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 "중환자실치료"를 받았을 때 (단, 연간1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 50%
10 대주요장기암 급여 부분체외순환 치료급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 부분체외순환치료"를 받았을 때 (단, 연간1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 50%
10 대주요장기암 급여 지속적신대체요법 급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 지속적신대체요법"을 받았을 때 (단, 연간1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 50%
10 대주요장기암 급여 특정통증완화치료 급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "10대주요장기암"으로 진단 확정되고, 그 "10대주요장기암"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 특정통증완화치료"를 받았을 때 (단, 연간1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 10%
간암(전이포함) 급여 간동맥화학색전술 급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "간암(전이포함)"으로 진단 확정되고, 그 "간암(전이포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 간동맥화학색전술"을 받았을 때 (단, 연간 1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 10%

주) 1. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.

2. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

3. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 피보험자 사망시 계약자적립액을 지급하지 않는 대신 보험료 중 일정액을 할인하여 보험료를 산정한 상품으로 피보험자 사망시 계약자적립액은 별도 지급되지 않습니다.

4. "내시경수술"에서 "복강경하수술" 및 "흉강경하수술"은 제외됩니다.

5. "관혈수술"에서 "내시경수술", "복강경하수술" 및 "흉강경하수술"은 제외됩니다.
6. "연간"이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
7. "암의 직접적인 치료"에는 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료, 면역력 강화 치료, 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료는 포함되지 않습니다.
8. 7)에도 불구하고 "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료, "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 「암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료」, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	적립기간	지급이자
10대주요장기암 내시경 수술급여금, 10대주요장기암 복강경하·흉강경하 수술급여금, 10대주요장기암 관혈 수술급여금, 10대주요장기암 중환자실치료급여금, 10 대주요장기암 급여 부분체외순환치료급여금, 10대주요장기암 급여 지속적신대체요법급여금, 10대주요장기암 급여 특정통증완화치료급여금, 간암(전이포함) 급여 간동맥화학색전술급여금 (제16조)	지급기일의 다음날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제28조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 주계약의 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제19조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

(별표3) 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "악성신생물(암)"로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물(암)	C30 - C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 - C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 - C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51 - C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60 - C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 - C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 - C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 - C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81 - C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】
· C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

Ⅱ. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표4) 10대주요장기암 분류표

10대주요장기암 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "10대주요장기암"으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	분 류 항 목	분류번호
식도	식도의 악성신생물(암)	C15

위	위의 악성신생물(암)	C16
대장	결장의 악성신생물(암) 직장구불결장접합부의 악성신생물(암) 직장의 악성신생물(암)	C18 C19 C20
간	간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
담낭 및 기타담도	담낭의 악성신생물(암) 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C23 C24
췌장	췌장의 악성신생물(암)	C25
폐	기관의 악성신생물(암) 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C33 C34
신장	신우를 제외한 신장의 악성신생물(암)	C64
방광	방광의 악성신생물(암)	C67
기타 암	소장의 악성신생물(암) 항문 및 항문관의 악성신생물(암) 기타 및 부위불명 소화기관의 악성신생물(암) 흉선의 악성신생물(암) 심장, 종격 및 흉막의 악성신생물(암) 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물(암) 신우의 악성신생물(암) 요관의 악성신생물(암) 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성신생물(암)	C17 C21 C26 C37 C38 C39 C65 C66 C68

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

· C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

Ⅱ. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표5) 간암(전이포함) 분류표

간암(전이포함) 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "간암(전이포함)"으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
2. 간 및 간내 담관의 이차성 악성신생물(암)	C78.7

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

Ⅱ. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표6) 급여 부분체외순환치료 분류표

급여 부분체외순환치료 분류표

약관에서 규정하는 "급여 부분체외순환치료"로 분류되는 항목은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	수 가 코 드
1. 부분체외순환	O1901
2. 부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]	O1902
3. 체외순환막 형산화요법-시술당일	O1903
4. 체외순환막 형산화요법-익일 이후 [1일당]-10시간 초과 계속 사용	O1904
5. 부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용	O1905
6. 부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]-ILA Membrane Ventilator 사용	O1906

주) 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 보험금지급사유가 발생한 시점의 기준을 적용합니다. 특히, 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표7) 급여 지속적신대체요법 분류표

급여 지속적신대체요법 분류표

약관에서 규정하는 "급여 지속적신대체요법"으로 분류되는 항목은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	수 가 코 드
1. 지속적정정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7001
2. 지속적정정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	O7002
3. 지속적동정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7003
4. 지속적동정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	O7004
5. 지속적정정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7031
6. 지속적정정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당]	O7032
7. 지속적동정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7033
8. 지속적동정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당]	O7034
9. 지속적정정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7051
10. 지속적정정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	O7052
11. 지속적동정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7053
12. 지속적동정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	O7054

주) 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 보험금지급사유가 발생한 시점의 기준을 적용합니다. 특히, 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표8) 급여 신경차단술 및 급여 신경파괴술 분류표

급여 신경차단술 및 급여 신경파괴술 분류표

약관에서 규정하는 "급여 신경차단술 및 급여 신경파괴술 분류표"로 분류되는 항목은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위

급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제6장(마취료) 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 항목		수 가 코 드
급여 신경차단술	1. 지주막하 신경차단술	LA210
	2. 경막외 신경차단술-일회성차단	LA321 LA323 LA324
	3. 경막외 신경차단술-지속적차단	LA222 LA223 LA224 LA225 LA226 LA227 LA228 LA325 LA326
	4. 경막외 저장기펌프 제거술	LA330
	5. 뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	LA340 LA341 LA232 LA233 LA234
	6. 척수신경말초지차단술	LA241 LA242 LA243 LA244 LA245 LA247 LA248 LA249 LA346 LA347 LA270 LA271 LA272 LA273 LA274 LA275 LA276
	7. 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	LA251 LA253 LA352 LA353 LA354 LA355 LA356 LA357 LA358

		LA359
	8. 교감신경총 및 신경절차단술	LA261 LA264 LA265 LA361 LA362 LA366 LA367
급여 신경파괴술	1. 지주막하 신경파괴술	LB310
	2. 경막외 신경파괴술	LB320
	3. 뇌신경 및 뇌신경 말초지파괴술	LB331 LB333 LB334 LB335 LB336
	4. 척수신경 및 말초지파괴술	LB341 LB342 LB343 LB344 LB345 LB346
	5. 교감신경절 및 신경총파괴술	LB351 LB353 LB354 LB355 LB356 LB412 LB413

주) 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 보험금지급사유가 발생한 시점의 기준을 적용합니다. 특히, 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표9) 급여 간동맥화학색전술 분류표

급여 간동맥화학색전술 분류표

약관에서 규정하는 "급여 간동맥화학색전술"로 분류되는 항목은 보건복지부가 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	수 가 코 드
혈관색전술(기타혈관)	M6644

주) 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 보험금지급사유가 발생한 시점의 기준을 적용합니다. 특히, 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.