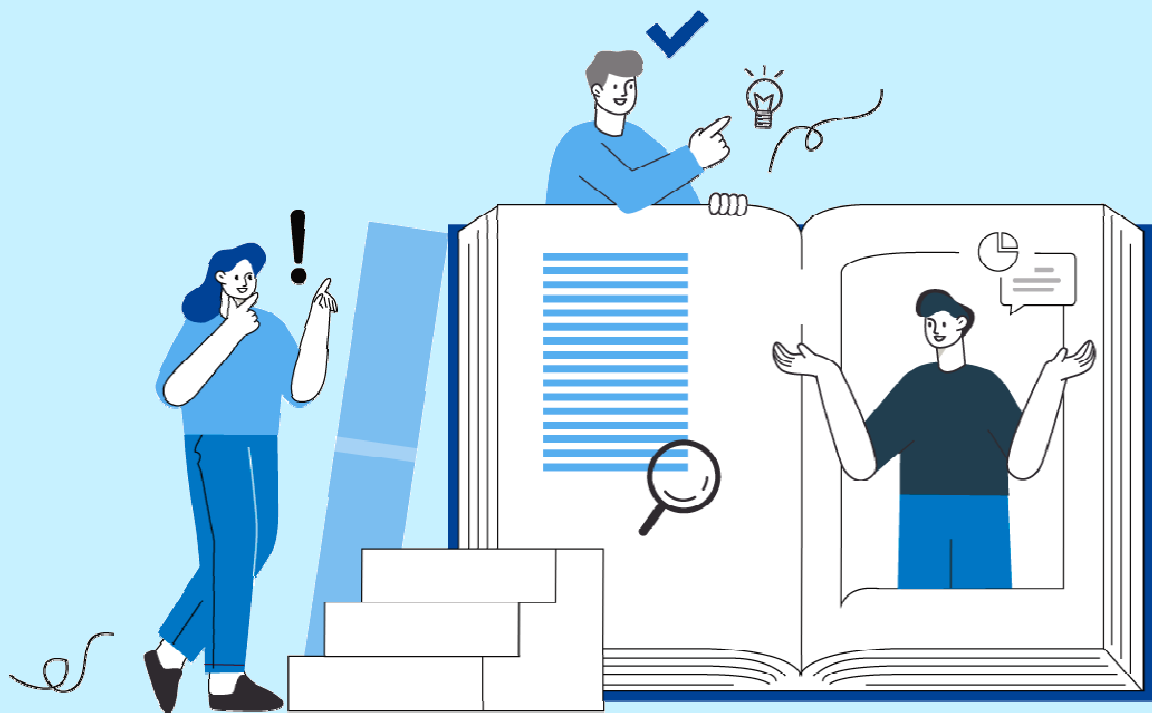


판매일자: 2026.07.01.

통합암진단특약(무)



 산업은행계열 KDB생명

본 계약서류는
관련 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됨을 안내드립니다.

목차

제1관 목적 및 용어의 정의	5
제1조 (목적)	5
제2조 (용어의 정의)	5
제3조 (“암”등의 정의 및 진단확정)	7
제4조 (“특정갑상선암” 및 “중증갑상선암”의 정의 및 진단확정)	9
제5조 (“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)	10
제6조 (“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)	11
제7조 (“후두암, 구강암 및 인두암”의 정의 및 진단확정)	13
제8조 (“폐암”의 정의 및 진단확정)	13
제9조 (“위암 및 식도암”의 정의 및 진단확정)	14
제10조 (“간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암”의 정의 및 진단 확정)	14
제11조 (“대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)”의 정의 및 진 단확정)	15
제12조 (“유방암 및 남녀생식기관련암”의 정의 및 진단확정)	16
제13조 (“비뇨기암(비침습 방광암 제외)”의 정의 및 진단확정)	16
제14조 (“뇌암”의 정의 및 진단확정)	17
제15조 (“뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암”의 정의 및 진단 확정)	17
제16조 (“혈액암 및 림프종”의 정의 및 진단확정)	18
제2관 보험금의 지급	19
제17조 (보험금의 지급사유)	19
제18조 (보험금 지급에 관한 세부규정)	20
제19조 (보험금을 지급하지 않는 사유)	25
제20조 (보험금 등의 청구)	25
제21조 (보험금등의 지급절차)	26
제22조 (보험수익자의 지정)	28

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	28
제23조 (계약 전 알릴 의무)	28
제24조 (계약전 알릴 의무 위반의 효과)	28
제4관 특약의 성립과 유지	31
제25조 (특약의 체결 및 소멸)	31
제26조 (피보험자의 범위)	34
제27조 (특약의 보험기간)	34
제28조 (특약의 무효)	34
제29조 (특약내용의 변경 등)	35
제5관 보험료의 납입	36
제30조 (특약의 보장개시)	36
제31조 (특약보험료의 납입)	37
제32조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특 약의 해지)	38
제33조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회 복))	40
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	41
제34조 (계약자의 임의해지)	41
제35조 (해약환급금)	41
제7관 기타사항	43
제36조 (주계약 약관 규정의 준용)	43
(부표1) 보험금 지급 기준표	44
(부표2) 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습 방광암 제외)	49
(부표3) 후두암, 구강암 및 인두암 분류표	52
(부표4) 폐암 분류표	54

(부표5) 위암 및 식도암 분류표	55
(부표6) 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 분류표	56
(부표7) 대장암 및 소장암 분류표(대장점막내암 제외)	57
(부표8) 유방암 및 남녀생식기관련암 분류표	58
(부표9) 비뇨기암 분류표(비침습 방광암 제외)	60
(부표10) 뇌암 분류표	61
(부표11) 뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암 분류표	62
(부표12) 혈액암 및 림프종 분류표	64
(부표13) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제21조 제2항 및 제35조 제2항 관련)	66

※ 일반, 325간편심사, 355간편심사 및 3105간편심사 모두 이 약관을 적용합니다.

※ 표준형 및 해약환급금 미지급형Ⅲ 모두 이 약관을 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제17조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 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 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 의료기관: 「의료법」 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- 나. 의사: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

【중요한 사항】

직업, 현재 및 과거 병력, 고위험 취미(예: 암벽등반, 패러글라이딩) 등을 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.

【단리와 복리】

이자율 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대해서 이자를 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 2년 후 원리금은?

단리계산법: $100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%) + (100\text{원} \times 10\%) = 120\text{원}$

원금 1년차 이자 2년차 이자

복리계산법: $100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%) + [100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%)] \times 10\% = 121\text{원}$

원금 1년차 이자 2년차 이자

- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결

시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.kdblfe.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

다. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

라. 해약률: 한 개인이 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 암보장개시일: 제3조(“암”등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암 및 통합암에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

다. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 공휴일 및 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 기타 용어의 정의

가. 통합암: “후두암, 구강암 및 인두암”, “폐암”, “위암 및 식도암”, “간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암”, “대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)”, “유방암 및 남녀생식기관련암”, “비뇨기암(비침습방광암 제외)”, “뇌암”, “뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암”, “혈액암 및 림프종”에 해당하는 질병을 말합니다.

나. 전자문서: 「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조 제1호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 전자문서로, 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성·변환되거나 송신·수신 또는 저장된 정보를 말합니다.

제3조 (“암”등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 비침습 방광암 제외)”(부표2 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 제4조 (“특정갑상선암” 및 “중증갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제5조 (“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제6조 (“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 비침습 방광암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암)) 중 특정갑상선암이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 중 특정갑상선암에 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 해당

하는 질병으로 봅니다.

- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 다만, 제4조(“특정갑상선암” 및 “중증갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중증갑상선암”의 경우 제4조(“특정갑상선암” 및 “중증갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제3항을 따릅니다. 이 경우 암 및 기타피부암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때의 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 (“특정갑상선암” 및 “중증갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “특정갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는

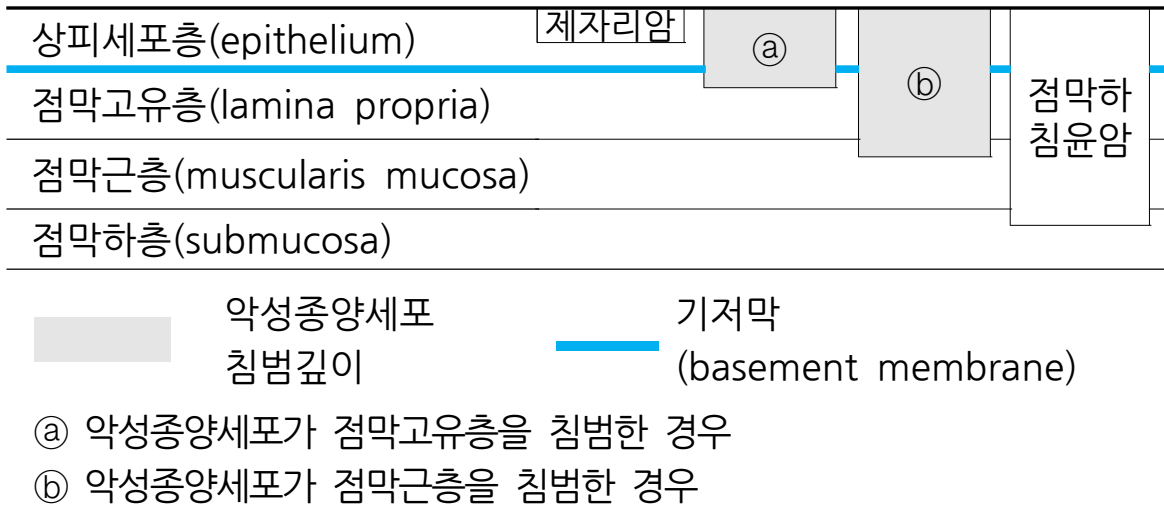
질병(이하 “갑상선암”이라 합니다)에서 “중증갑상선암”을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

- ② 제1항에서 “중증갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성신생물(암)(C73)에 해당하는 질병 중에서 “갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)” 또는 “갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에서 “갑상선암”, “갑상선 수질암” 및 “갑상선 역형성암(미분화암)”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “갑상선암”, “갑상선 수질암” 및 “갑상선 역형성암(미분화암)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암”, “갑상선 수질암” 및 “갑상선 역형성암(미분화암)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



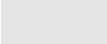
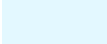
- ② 대장점막내암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 대장점막내암의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 방광의 악성신생물(암)(C67)에 해당하는 질병 중에서 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기 설정매뉴얼 [(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판’에서 정한 병기상 TaN0M0인 방광암을 말합니다.

【비침습방광암 예시】

이행상피세포층(transitional epithelium)	②	
고유층(lamina propria)		
점막하층(submucosa)		
근육층(muscle)		

 악성종양세포 침범깊이  점막층

② 악성종양세포가 이행상피세포층을 침범한 경우

【AJCC 암병기설정매뉴얼(‘American Joint Committee on Cancer’ Cancer Staging Manual)】

미국 암 연합회(American Joint Committee on Cancer)에서 출판하는 암병기설정매뉴얼은 전세계적으로 암 치료 연구와 임상시험을 위한 표준 언어 역할을 합니다. 암의 병기설정은 암을 가진 환자 and 그의 의사에게 예후를 정의하고, 진단된 암을 극복할 가능성, 그리고 질병에 대한 가장 좋은 치료접근법을 결정하는데 필요한 결정적인 기준을 제공합니다.

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 비침습 방광암의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ 비침습 방광암의 진단확정은 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 비침습 방광암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 비침습 방광암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조 (“후두암, 구강암 및 인두암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “후두암, 구강암 및 인두암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병.사인분류 중 “후두암, 구강암 및 인두암 분류표”(부표3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 후두암, 구강암 및 인두암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 후두암, 구강암 및 인두암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 후두암, 구강암 및 인두암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조 (“폐암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “폐암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병.사인분류 중 “폐암 분류표”(부표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 폐암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 폐암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 폐암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제9조 (“위암 및 식도암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “위암 및 식도암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “위암 및 식도암 분류표”(부표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 위암 및 식도암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 위암 및 식도암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 위암 및 식도암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제10조 (“간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 분류표”(부표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암의 진단확정은 병리 또는 진단검

사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조 (“대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “대장암 및 소장암 분류표(대장점막내암 제외)”(부표7 참조)에서 정한 질병 중 제5조(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대장점막내암”을 제외한 암을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 (“유방암 및 남녀생식기관련암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “유방암 및 남녀생식기관련암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “유방암 및 남녀생식기관련암 분류표”(부표8 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 유방암 및 남녀생식기관련암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 유방암 및 남녀생식기관련암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 유방암 및 남녀생식기관련암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 (“비뇨기암(비침습 방광암 제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “비뇨기암(비침습 방광암 제외)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “비뇨기암 분류표(비침습 방광암 제외)”(부표9 참조)에서 정한 질병 중 제6조(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “비침습 방광암”을 제외한 암을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 비뇨기암(비침습 방광암 제외)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration

biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 비뇨기암(비침습 방광암 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 비뇨기암(비침습 방광암 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 (“뇌암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “뇌암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “뇌암 분류표”(부표10 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 뇌암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘 흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 뇌암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 뇌암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조 (“뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암 분류표”(부표11 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or

condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

- ② 뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제16조 (“혈액암 및 림프종”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “혈액암 및 림프종”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “혈액암 및 림프종 분류표”(부표12 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 혈액암 및 림프종의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(biopsy), 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(blood test)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 혈액암 및 림프종의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 혈액암 및 림프종으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명이 들어있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제17조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급 기준표”(부표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 후두암, 구강암 또는 인두암으로 진단이 확정되었을 때: 후두암, 구강암 및 인두암 진단보험금(최초 1회에 한함. 다만, 계약일부터 1년이 되는 계약해당일 전일 이전에 진단확정시 해당 보험금의 50%지급)
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 폐암으로 진단이 확정되었을 때: 폐암 진단보험금(최초 1회에 한함. 다만, 계약일부터 1년이 되는 계약해당일 전일 이전에 진단확정시 해당 보험금의 50%지급)
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 위암 또는 식도암으로 진단이 확정되었을 때: 위암 및 식도암 진단보험금(최초 1회에 한함. 다만, 계약일부터 1년이 되는 계약해당일 전일 이전에 진단확정시 해당 보험금의 50%지급)
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 간암, 담낭암, 기타담도암 또는 췌장암으로 진단이 확정되었을 때: 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 진단보험금(최초 1회에 한함. 다만, 계약일부터 1년이 되는 계약해당일 전일 이전에 진단확정시 해당 보험금의 50%지급)
5. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 대장암 또는 소장암(대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때: 대장암 및 소

장암(대장점막내암 제외) 진단보험금(최초 1회에 한함. 다만, 계약일
부터 1년이 되는 계약해당일 전일 이전에 진단확정시 해당 보험금의
50%지급)

6. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 유방암 또는
남녀생식기관관련암으로 진단이 확정되었을 때: 유방암 및 남녀생식기
관련암 진단보험금(최초 1회에 한함. 다만, 계약일부터 1년이 되는
계약해당일 전일 이전에 진단확정시 해당 보험금의 50%지급)
7. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 비뇨기암(비
침습 방광암 제외)으로 진단이 확정되었을 때: 비뇨기암(비침습 방광
암 제외) 진단보험금(최초 1회에 한함. 다만, 계약일부터 1년이 되는
계약해당일 전일 이전에 진단확정시 해당 보험금의 50%지급)
8. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 뇌암으로 진
단이 확정되었을 때: 뇌암 진단보험금(최초 1회에 한함. 다만, 계약일
부터 1년이 되는 계약해당일 전일 이전에 진단확정시 해당 보험금의
50%지급)
9. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 뼈암, 관절
암, 흑색종 또는 기타부위암으로 진단이 확정되었을 때: 뼈암, 관절
암, 흑색종 및 기타부위암 진단보험금(최초 1회에 한함. 다만, 계약
일부터 1년이 되는 계약해당일 전일 이전에 진단확정시 해당 보험금
의 50%지급)
10. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 혈액암 또
는 림프종으로 진단이 확정되었을 때: 혈액암 및 림프종 진단보험금
(최초 1회에 한함. 다만, 계약일부터 1년이 되는 계약해당일 전일
이전에 진단확정시 해당 보험금의 50%지급)

제18조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을
경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 비침습 방광암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 후두암, 구강암 및 인두암 진단보험금은 셋 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 셋 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- ④ 위암 및 식도암 진단보험금은 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- ⑤ 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 진단보험금은 넷 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 넷 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- ⑥ 대장암 및 소장암(대장점막내암 제외) 진단보험금은 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- ⑦ 유방암 및 남녀생식기관련암 진단보험금은 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- ⑧ 뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암 진단보험금은 넷 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 넷 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- ⑨ 혈액암 및 림프종 진단보험금은 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- ⑩ 제17조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제10호의 경우 계약일부터 1년이 되는 계약해당일 전일 이전에 진단확정 되었을 때에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【진단보험금 지급 예시】

특약 계약일: 2030년 6월 1일

기관지 및 폐의 악성 신생물(암)(C34) 진단확정일: 2030년 12월 1일

위의 악성 신생물(암)(C16) 진단확정일: 2035년 1월 1일

기관의 악성 신생물(암)(C33) 진단확정일: 2037년 12월 1일

				...
2030.6.1.	2030.12.1.	2035.1.1.	2037.12.1.	
계약일	폐암 진단	위암 진단	폐암 진단	
	↓	↓	↓	
폐암 진단보험금의 50% 지급		위암 및 식도암 진단보험금 지급	폐암 진단보험금 미지급	...
폐암 진단급부 소멸		위암 및 식도암 진단급부 소멸		...

※ 2030년 12월 1일 “폐암”으로 진단 확정된 경우

: 폐암 진단보험금 지급 후 폐암 진단급부 소멸, 보험계약일로부터 1년이 되는 계약해당일 전일 내 진단확정으로 인해 진단보험금의 50% 지급

※ 2035년 1월 1일 “위암”으로 진단 확정된 경우

: 위암 및 식도암 진단보험금 지급 후 위암 및 식도암 진단급부 소멸

※ 2037년 12월 1일 “폐암”으로 진단 확정된 경우

: 폐암 진단급부는 2030년 12월 1일 폐암 진단보험금 지급 후 소멸했으므로, 해당 폐암 진단보험금 미지급

⑪ 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하고 그 후에 “통합암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단

확정일로 보고 제17조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급합니다.

- ⑫ 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 통합암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인되어 제25조(특약의 체결 및 소멸) 제5항 제3호에 따라 이 특약이 소멸되는 때에는 제11항에도 불구하고 해당보험금에서 이미 지급한 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

【직접적인 원인】

사망에 가장 직접적이고 명확한 영향을 미치는 요인

【계약자적립액】

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

- ⑬ 제11조(“대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)”의 정의 및 진단확정) 및 제13조(“비뇨기암(비침습 방광암 제외)”의 정의 및 진단확정)에 따라 대장점막내암 및 비침습 방광암은 “통합암”에서 제외되는 바, 대장점막내암 및 비침습 방광암으로 진단확정시 제17조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑭ 제10차 개정 이후 다음 각 호에서 정한 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
1. 제3조 (“암”등의 정의 및 진단확정)
 2. 제4조 (“특정갑상선암” 및 “중증갑상선암”의 정의 및 진단확정)
 3. 제5조 (“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

4. 제6조 (“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)
5. 제7조 (“후두암, 구강암 및 인두암”의 정의 및 진단확정)
6. 제8조 (“폐암”의 정의 및 진단확정)
7. 제9조 (“위암 및 식도암”의 정의 및 진단확정)
8. 제10조 (“간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암”의 정의 및 진단확정)
9. 제11조 (“대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)”의 정의 및 진단확정)
10. 제12조 (“유방암 및 남녀생식기관관련암”의 정의 및 진단확정)
11. 제13조 (“비뇨기암(비침습 방광암 제외)”의 정의 및 진단확정)
12. 제14조 (“뇌암”의 정의 및 진단확정)
13. 제15조 (“뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암”의 정의 및 진단확정)
14. 제16조 (“혈액암 및 림프종”의 정의 및 진단확정)
- ⑮ 보험수익자와 회사가 제17조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑯ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑰ 이 특약은 만기환급금이 없는 순수보장성 상품입니다.

제19조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제17조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 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

제20조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 암 진단서(병명기입) 등)

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 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면

제 청구에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제21조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제20조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2024년 10월 8일(화)인 경우 10/9(수, 한글날), 10/12(토), 10/13(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(화)부터 3영업일인 10/14(월) 이내에 보험금을 지급합니다. (보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(부표13 참조)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 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 제20조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자

분쟁조정위원회)

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 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항 및 제16항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급 보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제24조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【정당한 사유】

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

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

제22조 (보험수익자의 지정)

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제23조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 「상법」상 “고지의무”(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)와 같습니다) 합니다. 다만, 진단특약에서 「의료법」 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제24조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제23조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약 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(진단특약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 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 특약을 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 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 심리상태

【과실】

어떤 결과의 발생을 예측할 수 있었지만 부주의로 인해 그것을 인식하지 못한 심리상태

【중대한 과실】

조금만 주의했다면 충분히 발생을 막을 수 있었음에도 그 중요성을 잘못 판단하거나 고지해야 할 중요한 사실이라는 것을 알지 못하는 것

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】

이륜자동차를 이용해 음식 배달하는 직업을 가진 A 고객이 청약서의 계약 전 알릴 의무사항 중 직업 및 운전에 대한 중요한 사항을 정확히 기재하지 않을 경우 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 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 특약의 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 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 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.

【반대증거】

소송법상 입증책임이 없는 당사자가 상대방에서 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제23조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제25조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다. 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법을 말합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 “청약일로부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 이 약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에

서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료되거나 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
 - 3. 이 특약의 보험기간 중 제17조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생한 경우
- ⑥ 제5항 제2호의 경우 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑦ 제6항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제20조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제21조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제21조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ⑧ 제5항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

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

제26조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제27조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 특약의 보험기간으로 합니다.

제28조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한하며, 보험료 납입면제 등 실질적으로 보험료 납입이 없는 경우에는 이를 제외한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 이 특약의 사업방법서에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하

였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(“암”등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 비침습 방광암 제외)으로 진단이 확정되는 경우

제29조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.(다만, 해약환급금 미지급형Ⅲ의 경우 보험료 납입기간 변경 불가)
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(다만, 해약환급금 미지급형Ⅲ의 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 해약환급금이 없으므로, 보험료 납입기간 중에는 감액으로 인한 해약환급금이 발생하지 않습니다)

【보험가입금액의 감액】

가입할 때 선택한 보험가입금액을 낮추는 것을 감액이라고 하며, 계약자는 보험가입금액의 감액을 신청할 수 있습니다. 보험가입금액의 감액 후에는 감액한 비율만큼 보장이 감소합니다. 보험가입금액을 감액하면 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

- ③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 가입할 때 안내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생하거나

보험료 납입이 면제된 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5관 보험료의 납입

제30조 (특약의 보장개시)

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

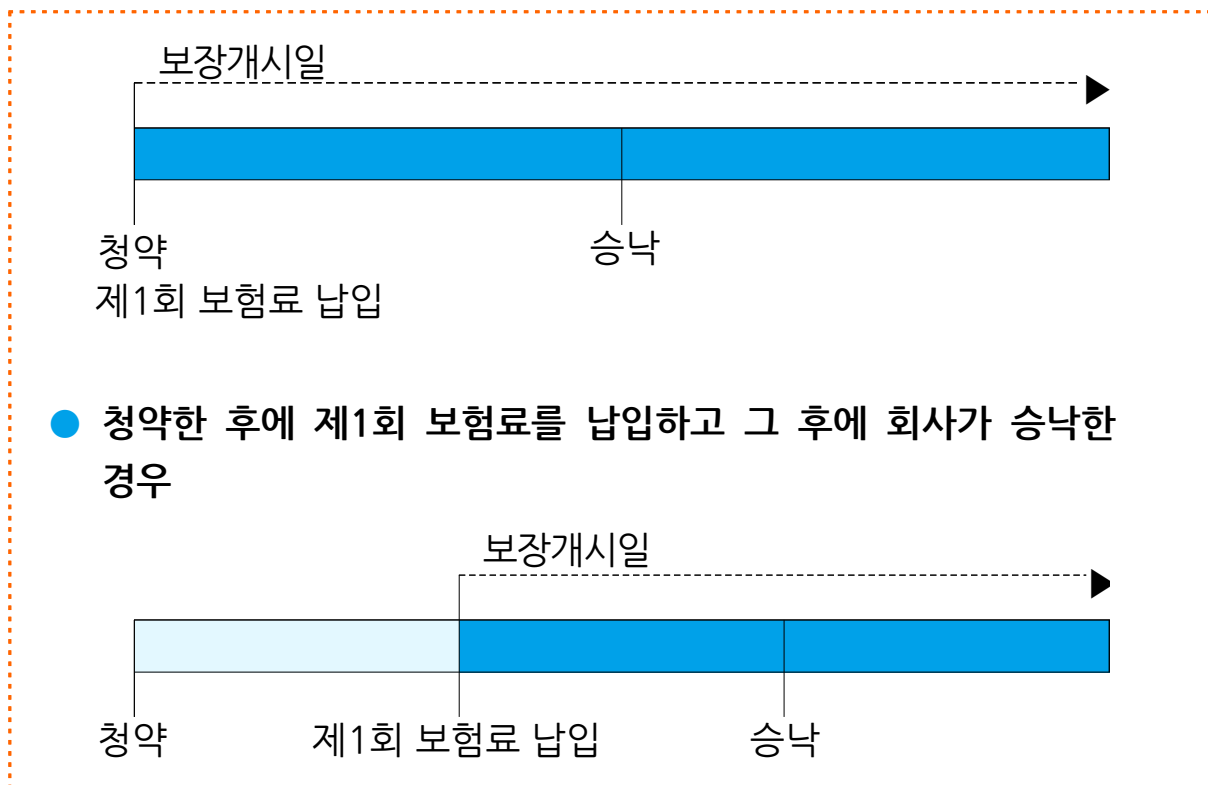
【보장개시일】

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.

- 청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우



- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우



- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(“암”등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일】

예) 4월 10일에 제1회 보험료를 납입한 경우

보장개시일: 4월 10일

암보장개시일: 7월 9일

(4월 10일 + 90일 = 7월 9일)

제31조 (특약보험료의 납입)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험

료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제32조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료되거나 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 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 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다.
- ③ 제2항의 경우 회사는 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 연체된 특약보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

- ④ 회사가 제2항 및 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항 및 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑤ 회사가 제2항 및 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 경우에는 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 - 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항 및 제3항에 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 제2항 및 제3항에 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
- ⑥ 제1항에서 제3항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제35조(해약환

금금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조 (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)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
1. 주계약의 보험료 납입기간 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우
 2. 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제30조(특약의 보장개시)의 규정을 준용합니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제34조 (계약자의 임의해지)

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출 방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산합니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

- 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”(부표13 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

【해약환급금 미지급형Ⅲ 관련 유의사항】

1. 해약환급금 미지급형Ⅲ는 이 특약의 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 경과 후 해지될 경우 표준형 해약환급금보다 적은 해약환급금을 지급하는 대신 표준형보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. 해약환급금 미지급형Ⅲ 특약이 해지될 경우 해약환급금은 아래와 같이 계산합니다.

구분		해약환급금
해약환급금 미지급형Ⅲ	보험료 납입기간 중	없음
	보험료 납입기간 경과 후	표준형 해약환급금 × 50%
표준형		표준형 해약환급금

3. ‘2.’에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 표준형의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해약률을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 계약체결시 해약환급금 미지급형Ⅲ 및 표준형의 보험료, 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내 드립니다.
5. 해약환급금 미지급형Ⅲ는 보험료의 납입이 면제되더라도 이 특약의 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.
6. ‘2.’에서 [보험료 납입기간 경과 후]에도 납입하지 않은 보험료가 있는 경우, 미납된 보험료를 모두 납입하여야 [보험료 납입기간 경과 후]에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제7관 기타사항

제36조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(부표 1)

보험금 지급 기준표

(기준: 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
후두암, 구강암 및 인두암 진단보험금 (제17조 제1호)	이 특약의 보험기간 중 피보험자 가 암보장개시일 이후에 후두암, 구강암 또는 인두암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	[1년이상]: 1,000만원 [1년미만]: 500만원
폐암 진단보험금 (제17조 제2호)	이 특약의 보험기간 중 피보험자 가 암보장개시일 이후에 폐암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	[1년이상]: 1,000만원 [1년미만]: 500만원
위암 및 식도암 진단보험금 (제17조 제3호)	이 특약의 보험기간 중 피보험자 가 암보장개시일 이후에 위암 또 는 식도암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	[1년이상]: 1,000만원 [1년미만]: 500만원
간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 진단보험금 (제17조 제4호)	이 특약의 보험기간 중 피보험자 가 암보장개시일 이후에 간암, 담 낭암, 기타담도암 또는 췌장암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	[1년이상]: 1,000만원 [1년미만]: 500만원

대장암 및 소장암 (대장점막내암 제외) 진단보험금 (제17조 제5호)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 대장암 또는 소장암(대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	[1년이상]: 1,000만원 [1년미만]: 500만원
유방암 및 남녀생식기 관련암 진단보험금 (제17조 제6호)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 유방암 또는 남녀생식기관련암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	[1년이상]: 1,000만원 [1년미만]: 500만원
비뇨기암 (비침습 방광암 제외) 진단보험금 (제17조 제7호)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 비뇨기암 (비침습 방광암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	[1년이상]: 1,000만원 [1년미만]: 500만원
뇌암 진단보험금 (제17조 제8호)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 뇌암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	[1년이상]: 1,000만원 [1년미만]: 500만원

뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암 진단보험금 (제17조 제9호)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 뼈암, 관절암, 흑색종 또는 기타부위암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	[1년이상]: 1,000만원 [1년미만]: 500만원
혈액암 및 림프종 진단보험금 (제17조 제10호)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 혈액암 또는 림프종으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	[1년이상]: 1,000만원 [1년미만]: 500만원

- (주) 1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 다음 각 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료되거나 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
 - 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우. 이때 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
 - 이 특약의 보험기간 중 제17조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생한 경우
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었

을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

4. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 비침습 방광암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
5. 후두암, 구강암 및 인두암 진단보험금은 셋 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 셋 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
6. 위암 및 식도암 진단보험금은 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
7. 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 진단보험금은 넷 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 넷 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
8. 대장암 및 소장암(대장점막내암 제외) 진단보험금은 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
9. 유방암 및 남녀생식기관련암 진단보험금은 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
10. 뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암 진단보험금은 넷 중 최초 1에 한하여 보장하므로 넷 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
11. 혈액암 및 림프종 진단보험금은 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 암에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
12. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하고 그 후에 “통합암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을

진단확정일로 보고 제17조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급합니다. 다만, 제25조(특약의 체결 및 소멸) 제5항 제3호에 따라 이 특약이 소멸되는 때에는 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에도 불구하고 해당보험금에서 이미 지급한 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

13. 제11조(“대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)”의 정의 및 진단 확정) 및 제13조(“비뇨기암(비침습 방광암 제외)”의 정의 및 진단 확정)에 따라 대장점막내암 및 비침습 방광암은 “통합암”에서 제외되는 바, 대장점막내암 및 비침습 방광암으로 진단확정시 제17조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.
14. 1년미만이라 함은 계약일부터 1년이 되는 계약해당일 전일 이전을 말합니다.

(부표 2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 비침습
방광암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
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. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81-C96

17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- (주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(암)(C15~C26) 중 제5조(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 요로의 악성신생물(암)(C64~C68) 중 제6조(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 비침습 방광암은 상기 분류표에서 제외 됩니다.
5. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
6. 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73) 중 제4조(“특정갑상선암” 및 “중증갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암은 상기 분류표에서 제외됩니다.
7. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불

명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

(부표 3)

후두암, 구강암 및 인두암 분류표

약관에 규정하는 “후두암, 구강암 및 인두암”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 후두암, 구강암 및 인두암 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 입술의 악성 신생물(암)	C00
2. 혀뿌리의 악성 신생물(암)	C01
3. 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C02
4. 잇몸의 악성 신생물(암)	C03
5. 입바닥의 악성 신생물(암)	C04
6. 구개의 악성 신생물(암)	C05
7. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C06
8. 귀밑샘의 악성 신생물(암)	C07
9. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물(암)	C08
10. 편도의 악성 신생물(암)	C09
11. 입인두의 악성 신생물(암)	C10
12. 비인두의 악성 신생물(암)	C11
12. 이상동(梨狀洞)의 악성 신생물(암)	C12
13. 하인두의 악성 신생물(암)	C13
14. 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물(암)	C14
15. 후두의 악성 신생물(암)	C32

(주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 후두암, 구강암 및 인두암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질

병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(부표 4)

폐암 분류표

약관에 규정하는 “폐암”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 폐암 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 기관의 악성 신생물(암)	C33
2. 기관지 및 폐의 악성 신생물(암)	C34

(주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 폐암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(부표 5)

위암 및 식도암 분류표

약관에 규정하는 “위암 및 식도암”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 위암 및 식도암 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 식도의 악성 신생물(암)	C15
2. 위의 악성 신생물(암)	C16

- (주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 위암 및 식도암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(부표 6)

간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 분류표

약관에 규정하는 “간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
2. 담낭의 악성신생물(암)	C23
3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
4. 췌장의 악성 신생물(암)	C25

- (주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(부표 7)

대장암 및 소장암 분류표 (대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 “대장암 및 소장암(대장점막내암 제외)”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 대장암 및 소장암(대장점막내암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 소장의 악성 신생물(암)	C17
2. 결장의 악성 신생물(암)	C18
3. 직장구불결장접합부의 악성 신생물(암)	C19
4. 직장의 악성 신생물(암)	C20

- (주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 대장암 및 소장암(대장점막내암 제외) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(암)(C15~C26) 중 제5조(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.

(부표 8)

유방암 및 남녀생식기관관련암 분류표

약관에 규정하는 “유방암 및 남녀생식기관관련암”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 유방암 및 남녀생식기관관련암 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 외음의 악성신생물(암)	C51
3. 질의 악성신생물(암)	C52
4. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
5. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
6. 상세불명 자궁 부분의 악성신생물(암)	C55
7. 난소의 악성신생물(암)	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C57
9. 태반의 악성신생물(암)	C58
10. 음경의 악성신생물(암)	C60
11. 전립선의 악성신생물(암)	C61
12. 고환의 악성신생물(암)	C62
13. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C63

(주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 유방암 및 남녀생식기암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더

라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(부표 9)

비뇨기암 분류표
(비침습 방광암 제외)

약관에 규정하는 “비뇨기암(비침습 방광암 제외)”으로 분류되는 질병은 제 9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정 되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 비뇨기암(비침습 방광암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
2. 신우의 악성 신생물	C65
3. 요관의 악성 신생물	C66
4. 방광의 악성 신생물	C67
5. 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68

- (주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 비뇨기암(비침습 방광암 제외) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 요로의 악성신생물(암)(C64~C68) 중 제6조(“비침습방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 비침습방광암은 상기 분류표에서 제외됩니다.

(부표 10)

뇌암 분류표

약관에 규정하는 “뇌암”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 뇌암 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 수막의 악성 신생물	C70
2. 뇌의 악성 신생물	C71
3. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72

- (주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 뇌암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(부표 11)

뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암 분류표

약관에 규정하는 “뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
2. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
3. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
4. 부비동의 악성 신생물	C31
5. 흉선의 악성 신생물	C37
6. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
7. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
8. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
9. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
10. 피부의 악성 흑색종	C43
11. 종피종	C45
12. 카포시육종	C46
13. 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
14. 후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
15. 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
16. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
17. 부신의 악성 신생물	C74

18. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
19. 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
20. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
21. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
22. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
23. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
24. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97

- (주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

(부표 12)

혈액암 및 림프종 분류표

약관에 규정하는 “혈액암 및 림프종”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 혈액암 및 림프종 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 호지킨림프종	C81
2. 소포성 림프종	C82
3. 비소포성 림프종	C83
4. 성숙T/NK-세포림프종	C84
5. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
6. T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
7. 악성 면역증식성 질환	C88
8. 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
9. 림프성 백혈병	C91
10. 골수성 백혈병	C92
11. 단핵구성 백혈병	C93
12. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
13. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
15. 진성적혈구증가증	D45
16. 골수형성이상증후군	D46
17. 만성골수증식질환	D47.1

18. 본태성(출혈성)혈소판혈증	D47.3
19. 골수섬유증	D47.4
20. 섬유증 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- (주) 1. 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 혈액암 및 림프종 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(부표 13)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제21조 제2항 및 제35조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
후두암, 구강암 및 인두암 진단보험금, 폐암 진단보험금, 위암 및 식도암 진단보험금, 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 진단보험금, 대장암 및 소장암(대장점막내암 제외) 진단보험금, 유방암 및 남녀생식기 관련암 진단보험금, 비뇨기암(비침습 방광암 제외) 진단보험금, 뇌암 진단보험금, 뼈암, 관절암, 흑색종 및 기타부위암 진단보험금, 혈액암 및 림프종 진단보험금 (제17조 제1호에서 제10호)	지급기일의 다음 날부 터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
해약환급금 (제35조 제1항)	지급사유가 발생한 날 의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%

	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
--	--------------------------	----------

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제21조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【가산이율】

회사가 보험금의 지급사유를 조사·확인하기 위해 지급기일이 지난 후 보험금을 지급하는 경우 보험금 지급이 지연된 기간에 대한 이자를 더해주기 위한 이율

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

【정당한 사유】

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금 지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

5. 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.