무배당
어린이소액암진단특약

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다

MetLife

함께 찾아가는 인생

무배당 어린이소액암진단특약 약관

제 1 관 목적

제 1 조 목적

① 이 특약은 보험계약자 (이하 “계약자” 라 합니다) 와 보험회사 (이하 “회사” 라 합니다) 사이에 제 5 조 (보험금의 지급사유) 에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약 (이하 “주계약” 이라 합니다) 에 부가하여 체결됩니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 2 조 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암” 의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표 3 (대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44 (기타 피부의 악성신생물(암)), C73 (갑상선의 악성신생물(암)) 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 원발성 악성신생물 (암)이 확인되는 경우에는 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))으로 분류하지 않고, **원발부위(최초 발생한 부위)**를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발성 악성신생물(암) 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

원발부위(최초발생한 부위) 기준 예시

예시1) C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신

생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
예시2) C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
예시3) C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

④ "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 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 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제 4 항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

"제 4 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

제 3 조 "제자리암"의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 "제자리암"이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표 4 (제자리의 신생물 분류표) 에서 정한 질병을 말합니다.

② “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 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 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제 2 항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조 “경계성종양”의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표 5 (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 에서 정한 질병을 말합니다.

② “경계성 종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 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 하여야 하며, 이 경우 “경계성 종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제 2 항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성 종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 보험금의 지급사유

① 회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금 (별표 1 (보험금 지급기준표) 참조) 을 소액암진단보험금으로 지급합니다. (다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성 종양” 각각 최초 1 회의 진단확정에 한하여 지급합니다)

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 또는 “암”(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 제외) 으로 진단확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 태아가입의 경우 ‘태아보장기간’에는 해당 보험료 납입면제사유가 적용되지 않습니다.

② 피보험자가 제 12 조 (특약의 보장개시) 에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제 5 조 (보험금의 지급사유) 의 진단보험금을 지급합니다. 다만, 보장개시일의 전일 이전에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제 5 조 (보험금의 지급사유) 의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 **의료법 제 3 조 (의료기관)** 에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 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

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

④ 계약자와 회사가 제 1 항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조 (의료기관) 에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 **심신상실** 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 제 5 조 (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제 6 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

심신상실
정신병, 정신박약, 중대한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

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 8 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립

액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (해당질병 진단서 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 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조 (의료기관) 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제 8 조 (보험금 등의 청구) 에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드리는 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 보험료 납입면제 청구일로부터 7 영업일 이내에 납입면제가 되지 않을 경우에는 납입 면제 지연을 보험수익자 또는 계약자에게 알려 드립니다.

② 제 1 항에 따라 보험금 또는 계약자적립액을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 2 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산) 과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제 1 항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 **보험금 가지급제도** (회사가 추정하는 보험금의 50 % 이내를 지급) 에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지

급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 8 조 (보험금 등의 청구) 에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

보험금 가지급 제도
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우, 회사가 추정하는 보험금의 50%를 한도로 그 범위 내에서 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다.

1. 소송제기
2. **분쟁조정신청**(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)

분쟁조정신청
분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 6 조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 제 3 항 및 제 4 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제 3 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50 % 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 10 조 (계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지) 와 제 1 항 및 제 3 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, **정당한 사유** 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 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 제 5 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 10 조 계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지

① 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 제 3 조 (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(고지의무위반으로 인한 계약해지)에 따라 계약자나 피보험자는 청약 시에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야할 의무가 있으며, 위반 시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)
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.

② 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 1 항에도 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 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였

을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년 (진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년) 이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3 년이 지났을 때
4. 회사가 이 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.

③ 제 2 항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도제한, 일부보장제외, 보험금삭감, 보험료할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

④ 회사는 제 2 항에 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 전자문서로 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 알려 드립니다.

반대증거
소송법상 입증책임이 없는 당사자가 상대방에서 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

⑤ 제 2 항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제 21 조 (해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑥ 제 1 항의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 2 항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 체결 및 소멸

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

② 회사는 피보험자가 특약에 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 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사가 제 2 항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5 년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단 (단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5 년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

④ 제 3 항의 “청약일로부터 5 년이 지나는 동안” 이라 함은 이 특약 제 18 조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지) 에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특약 제 19 조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활 (효력회복)) 에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제 3 항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 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 효력이 있습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 사망할 경우
   이 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 제 5 조 (보험금의 지급사유) 에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제 6 항 제 2 호 “사망” 에는 보험기간에 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

제 12 조 특약의 보장개시

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 계약일 (이하 “계약일” 이라 합니다) 과 동일합니다.

제 13 조 피보험자의 범위

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 14 조 특약의 무효

① 다음의 사유에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 ‘이미 납입한 보험료’ (계약자가 실제로 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외) 를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 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 복리**로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

연단위 복리 계산

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는(원금 + 이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다. 연단위 복리는 복리를 연단위로 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용 시 2년 후 원리금
연단위 복리 계산법 : 100원(원금) + 100원 × 10%(1년차 이자) + [100원

+ 100원 × 10%] × 10%(2년차 이자) = 총 121원

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

제 15 조 특약내용의 변경 등

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 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, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 21 조 (해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 특약의 보험가입금액이 감액되는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

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

④ 특약의 보험가입금액이 감액되는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제 16 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 정한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 체결할 때에 회사가 정한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
다만, 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 에는 특약은 해지되지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고 (독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항과 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 21 조 (해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 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. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다. 회사가 이 특약의 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)
계약의 효력이 상실된 후 다시 원 계약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 계약을 되살리는 것을 말합니다.

평균공시이율
현재 시점의 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) - 업무자료 - 보험상품자료 - 평균공시이율에서 확인할 수 있습니다.

② 주계약의 부활 (효력회복) 청약을 할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활 (효력회복) 을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활 (효력회복) 하는 경우의 보장개시일은 제 12 조 (특약의 보장개시) 의 규정을 따릅니다.

④ 제 1 항에서 정한 이 특약의 부활 (효력회복) 이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 혹은 종전계약 청약시 제 10 조 (계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지) 제 1 항의 "계약 전 알릴 의무" 를 위반한 경우에는 제 10 조 (계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지)가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 21 조 (해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 경우에는 '출생예정일' 이후에 해당하는 보험기간에 대해 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 계약자에게 돌려드립니다.
1. 계약을 체결할 때, 피보험자가 '태아' 인 경우
2. 계약의 해지 시점이 '출생예정일' 이후인 경우
3. 계약의 해지 시점이 피보험자가 될 자가 출생하기 전인 경우

③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 '태아가 출생하기 전' 임을 입증할 수 있는 서류를 제출하여야 합니다.

④ 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 20 조의2 위법계약의 해지

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

「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)
① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조 제3항, 제18조 제2항, 제19조 제1항 · 제3항, 제20조 제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 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.

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) 제4항에 따른 정당한 사유 범위에 해당하는 경우를 말합니다.

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 제출해야한다. 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.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제 21 조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 7 관 기타사항 등

제 22 조 주계약 약관 규정의 준용

① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원

구분	지급사유	지급금액
소액암진단 보험금 (제 5 조)	피보험자가 보험기간 중 제 12 조 (특약의 보장개시) 에서 정한 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성 종양” 으로 진단 확정시 (다만, 각각 최초 1 회에 한하여 지급)	100 만원

주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 또는 피보험자가 “암” (다만, “기타피부암” 및 “갑상선암” 제외) 으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 태아가입의 경우 ‘태아보장기간’ 에는 해당 보험료 납입면제사유가 적용되지 않습니다.

2. 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

별표 2

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제 9 조 제 2 항 및 제 21 조 제 2 항 관련)

구분	적립기간	지급이자
소액암 진단보험금, 계약자적립액 (제 5 조, 제 11 조 제 6 항 제 2 호)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (4.0 %)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (6.0 %)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (8.0 %)
해약환급금 (제 21 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50 % 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40 %
	청구일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 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 제 9 조 (보험금 등의 지급절차) 제 3 항 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.

정당한 사유

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

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.

별표 3

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

① 약관에 규정하는 악성신생물 (암) 로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물 (암) 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물(암)	분류번호
1) 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2) 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3) 호흡기 및 흉곽내 기관의 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) 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9) 남성 생식기관의 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 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16) 독립된 (원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17) 진성 적혈구 증가증	D45
18) 골수 형성이상 증후군	D46
19) 만성 골수증식 질환	D47.1

20) 본태성 (출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21) 골수섬유증	D47.4
22) 만성 호산구성 백혈병 [과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물 (암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물 (암) (분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물 (암) (분류번호 C73) 은 상기 분류표에서 제외됩니다.
3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침" 에 따라 C77 ~ C80 (이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)) 의 경우 원발성 악성신생물 (암) 이 확인되는 경우에는 C77 ~ C80 (이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)) 으로 분류하지 않고, 원발부위 (최초 발생한 부위) 를 기준으로 합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발성 악성신생물(암) 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

별표 4

제자리의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1) 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2) 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리 암종	D01
3) 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4) 제자리의 흑색종	D03
5) 피부의 제자리 암종	D04
6) 유방의 제자리 암종	D05
7) 자궁목의 제자리 암종	D06
8) 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9) 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

별표 5

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1) 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2) 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3) 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4) 남성 생식기관의 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 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8) 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9) 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10) 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 만성 골수증식 질환 (D47.1), 본태성 (출혈성) 혈소판 혈증 (D47.3), 골수섬유증 (D47.4), 만성 호산구성 백혈병 [과호산구증후군] (D47.5) 은 9) 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의

신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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