무배당 두 번째 GI진단 및 수술특약 (무해지환급금형)

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다

MetLife

무배당 두번째 GI진단 및 수술특약 (무해지환급금형) 약관

제 1 관 목적

제 1 조 목적

① 이 보험계약 (이하 “계약” 이라 합니다) 은 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 조 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 의 정의

① “첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 이라 함은 주계약에서 정한 “라이프케어보험금” 지급사유가 되는 질병 및 수술 중 아래 제 1 호에서 정의한 질병 및 수술과 “첫번째암” 을 말하며, 각각 다음과 같습니다.

1. 주계약에서 정한 “라이프케어보험금” 지급사유가 되는 질병 및 수술 중 “급성심근경색증”, “뇌출혈”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”, “관상동맥우회술”, “대동맥인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5 대장기이식수술”, “중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)”, “중증치매상태” 또는 “일상생활장해상태” 를 말합니다.
2. “첫번째암” 이란 주계약 “라이프케어보험금” 지급사유가 되는 암 (주계약 별표 5 (“6 대질병” 의 정의) 참조) 또는 “무배당 유방암 및 남녀생식기암보장특약(무해지환급금형)” 의 보험금지급사유에서 정한 유방암 및 남녀생식기암진단보험금 지급사유가 되는 “유방암 또는 남녀생식기관련암” (“무배당 유방암 및 남녀생식기암보장특약(무해지환급금형)” 별표 2 (“유방암 또는 남녀생식기관련암” 의 정의) 참조) 을 말합니다. 다만, “첫번째암” 의 경우 분류번호 C44 (기타 피부의 악성신생물(암)), C73 (갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암상태 (암으로 변하기 이전 상태 (Premalignant condition or condition with malignant potential)) 는 “첫번째암” 의 정의에서 제외합니다.

② 제 1 항 제 1 호의 “급성심근경색증”, “뇌출혈”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”이라 함은 주계약 별표 5 (“6 대질병”의 정의) 에 따른 질병을 말합니다.

③ 제 1 항 제 1 호의 “관상동맥우회술”, “대동맥인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5 대장기이식수술”이라 함은 주계약 별표 6 (“4 대 수술”의 정의) 에 따른 수술을 말합니다.

④ 제 1 항 제 1 호의 “중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)”이라 함은 주계약 별표 7 (“중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”의 정의) 에서 정한 “중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)”을 말합니다.

⑤ 제 1 항 제 1 호의 “중증치매상태”라 함은 주계약 제 6 조 (“중증치매상태”의 정의 및 진단확정) 에서 정한 “중증치매상태”를 말합니다.

⑥ 제 1 항 제 1 호의 “일상생활장해상태”라 함은 주계약 제 7 조 (“일상생활장해상태”의 정의 및 진단확정) 에서 정한 “일상생활장해상태”를 말합니다.

제 3 조 “두번째 라이프케어 질병 및 수술”의 정의

이 특약에 있어서 “두번째 라이프케어 질병 및 수술”이라 함은 “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술”과 “두번째암”을 말하며, 각각 다음과 같습니다.

① “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술”
1. “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술”이란 별표 4 (“두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술”의 정의) 에서 정한 “암”, “급성심근경색증”, “뇌출혈”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”, “관상동맥우회술”, “대동맥인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5 대장기이식수술”, “중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)” 중 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술”과 다른 그룹에 속한 질병 및 수술을 말합니다. 다만, “암”의 경우 분류번호 C44 (기타 피부의 악성신생물(암)), C73 (갑상선의 악성신생물(암)) 및 전

암상태 (암으로 변하기 이전 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential)) 는 “암” 의 정의에서 제외하며 보장하지 않습니다.

2. 이 특약에 있어서 “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술” 은 다음과 같이 분류합니다.

구분	보장대상
1 그룹	암 (다만, C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential)) 제외)
2 그룹	급성심근경색증, 뇌출혈, 관상동맥우회술, 대동맥인조혈관치환수술, 말기신부전증, 콩팥 (신장) 이식수술, 심장이식수술
3 그룹	심장판막수술
4 그룹	말기폐질환, 폐장이식수술
5 그룹	말기간질환, 간장이식수술
6 그룹	췌장이식수술
7 그룹	중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)

예시 설명

아래는 이해를 돕기 위한 간단한 예시로서, 정확한 내용은 약관을 확인하시기 바랍니다.

“다른 그룹” 보장예시

최초로 급성심근경색증 (2 그룹) 을 진단받아 주계약에서 “라이프케어보험금” 을 지급받고, 이후 말기폐질환 (4 그룹) 을 진단받은 경우 “두번째 라이프케어보험금” 지급

3. 제 1 호에도 불구하고 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 이 주계약 제 6 조 (“중증치매상태” 의 정의 및 진단확정) 에서 정한 “중증치매상태” 또는 주계약 제 7 조 (“일상생활장해상태” 의 정의 및 진단확정) 에서 정한 “일상생활장해상태” 로 진단 확정된 경우, “두번째 다른 그

룹의 라이프케어 질병 및 수술”이라 함은 그룹의 분류와 관계없이 별표 4 (“두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술”의 정의) 에서 정한 “암”, “급성심근경색증”, “뇌출혈”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”, “관상동맥우회술”, “대동맥인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5 대장기이식수술”, “중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)”을 말합니다.

② “두번째암”

“두번째암”이란 “첫번째암”으로 진단확정된 이후에 발생한 암을 말하며 별표 5 (“두번째암”의 정의) 에서 정한 암을 말합니다. 다만, “두번째암”의 경우 분류번호 C44 (기타 피부의 악성신생물(암)), C73 (갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암상태 (암으로 변하기 이전 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential)) 는 “두번째암”의 정의에서 제외하며 보장하지 않습니다.

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.

원발부위(최초발생한 부위) 기준 예시

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

제 4 조 “두번째 라이프케어 질병 및 수술”의 진단확정

① “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술”의 “암” 또는 “두번째

암” 의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 따라 내려져야 하며, 이 진단은 조직 (fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사 (fine needle aspiration) 또는 혈액 (hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

② “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술” 중 “급성심근경색증” 의 진단확정은 의료법 제 3 조 (의료기관) 에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 (치과의사 제외) 면허를 가진 자 (이하 “의사” 라 합니다) 에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥 (심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 사용할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증” 으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증” 임이 확정되거나 추정되는 경우

③ “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술” 중 “뇌출혈” 의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영 (brain CT scan), 자기공명영상 (MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술 (PET), 단일광자방출 전산화단층술 (SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 사용할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈” 로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

④ “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술” 중 “말기신부전증” 의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의하며, 혈액투석, 복막투석 및 장기이식은 **의료법 제 3 조 및 제 5 조**의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 병원 또는 의원에서 행해져야 합니다. 이 진단확정은 병력과 함께 콩팥 (신장) 기능검사를 포함한 혈액검사, 소변검사, 초음파검사, 조직검사를 기초로 하여야 합니다.

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(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 종합병원

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

의료법 제5조(의사 · 치과의사 및 한의사 면허)

① 의사 · 치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사 · 치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 “평가인증기구“라 한다)의 인증(이하 “평가인증기구의 인증“이라 한다)을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사 · 치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고

시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사 · 치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
② 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

⑤ “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술” 중 “말기간질환” 의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의하며, 이 진단은 정기적인 이학적 검사, 혈액검사, 영상검사 (초음파 등) 등을 포함한 검사결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인 가능하여야 합니다.

⑥ “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술” 중 “말기폐질환” 의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의하며, 이 진단은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈 가스검사 등을 포함한 검사결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인 가능하여야 합니다.

⑦ “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술” 중 “중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)” 의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 5 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제 12 조 (특약의 보장개시) 에서 정한 **보장개시일** (“두번째암” 의 경우 “두번째암 보장개시일”) 이후에 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 최초 1 회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금 (별표 1 (보험금 지급기준표) 참조) 을 지급합니다.

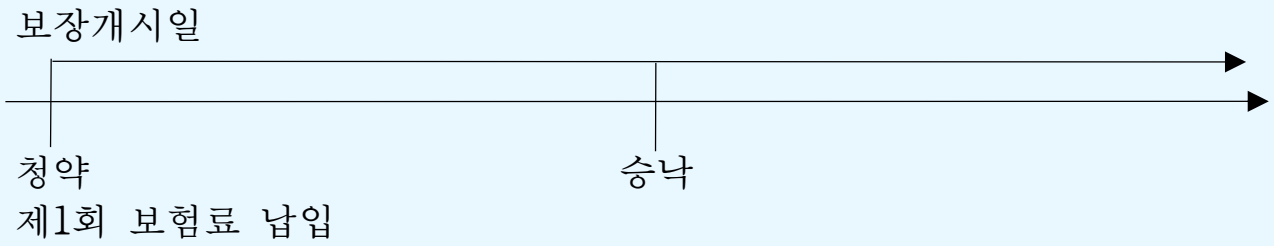
보장개시일

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.

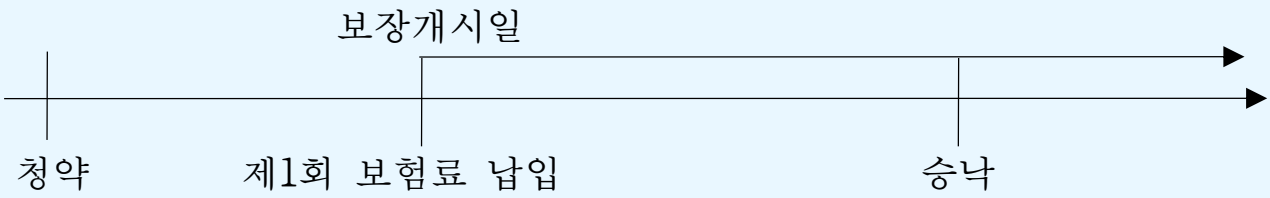
- 청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우



- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우



- 청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



① 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술”의 보험금지급사유가 발생한 이후에 “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술”로 진단확정 되거나 수술을 받은 경우 : 두번째 라이프케어보험금

다만, “그룹”이라 함은 제 3 조 (“두번째 라이프케어 질병 및 수술”의 정의) 의 제 1 항 제 2 호를 따릅니다. 그럼에도 불구하고, “첫번째 라이

프케어 질병 및 수술” 이 “중증치매상태” 또는 “일상생활장해상태” 로 진단 확정된 경우, 제 3 조 (“두번째 라이프케어 질병 및 수술” 의 정의) 의 제 1 항 제 3 호를 따릅니다.

② 피보험자가 “첫번째암” 으로 진단확정된 후, “두번째암 보장개시일” 이후에 “두번째암” 으로 진단확정 된 경우 : 두번째 라이프케어보험금

제 6 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우 또는 “무배당 유방암 및 남녀생식기암보장특약(무해지환급금형)” 의 보험금지급사유에서 정한 유방암 및 남녀생식기암진단보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 계약자는 피보험자가 “첫번째암” 으로 진단확정된 이후 “두번째암 보장개시일” 이전에 “암” 으로 진단확정 받았을 경우에는 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90 일 이내에 특약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료와 “암” 진단확정일의 책임준비금 중 큰 금액을 돌려 드립니다.

③ “첫번째암” 으로 진단확정된 이후 “두번째암 보장개시일” 이전에 “암” 으로 진단확정 되었으나 제 2 항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는, “두번째암 보장개시일” 이전에 진단확정된 “암” 이 동일한 기관 (Organ) 에 재발 또는 전이되어 제 5 조 (보험금의 지급사유) 제 2 항의 “두번째 라이프케어보험금” 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, “첫번째암” 으로 진단확정된 이후 제 12 조 (특약의 보장개시) 제 2 항의 “두번째암 보장개시일” 이전에 “암” 으로 진단확정 받았더라도 “두번째암 보장개시일” 로부터 5 년이 지나는 동안 “암” 으로 인하여 추가적인 진단 (단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 “두번째암 보장개시일” 로부터 5 년이 지난 이후에는 “암” 을 “두번째암” 으로 간주하여 제 5 조 (보험금의 지급사유) 제 2 항에 해당하는 보험금을 지급합니다.

④ “첫번째암” 의 진단확정일로부터 1 년 (12 개월) 이후 3 년 (36 개월) 미만에 “중피성 및 연조직” (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 에 침

윤 또는 전이 (metastasis) 된 경우 보장에서 제외합니다.

⑤ “첫번째암” 의 진단확정일로부터 1 년 (12 개월) 이후 3 년 (36 개월) 미만에 “비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계” (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 에 침윤 또는 전이 (metastasis) 된 경우 보장에서 제외합니다.

⑥ “첫번째암” 이 “비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계” (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 의 암 (예 : 백혈병, 림프종, 골수종 등) 으로 진단확정되고, 진단확정일로부터 1 년 (12 개월) 이후 3 년 (36 개월) 미만에 그 “암” 이 다시 “비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계” 의 암으로 진단확정된 경우 보장에서 제외합니다.

⑦ “첫번째암” 의 진단확정일로부터 3 년 (36 개월) 이후, “중피성 및 연조직” (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 에 침윤된 경우 보장에서 제외합니다.

⑧ “첫번째암” 의 진단확정일로부터 3 년 (36 개월) 이후, “비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계” (별표 6 (“기관(Organ)” 분류표) 참조) 에 침윤된 경우 보장에서 제외합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제 5 조 (보험금의 지급사유) 에서 정한 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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑩ 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.

⑪ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제 3 조 (“두번째 라이프케어 질병 및 수술” 의 정의) 에서 정한 “두번째 라이프케어 질병 및 수술” 을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사

망일을 진단확정일로 하여 제 5 조 (보험금의 지급사유) 에서 정한 두번째 라이프케어보험금을 지급합니다. 다만, 보장개시일의 전일 이전에 “두번째 라이프케어 질병 및 수술”로 진단이 확정된 경우는 제외합니다. 또한, 제 11 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 6 항 제 3 호에 따라 사망 당시의 책임준비금이 지급된 경우에는 두번째 라이프케어보험금에서 이미 지급된 사망 당시 책임준비금을 차감하여 지급합니다.

⑫ 제 12 조 (특약의 보장개시) 에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 발생 후 책임준비금을 지급합니다.

⑬ 계약자는 피보험자가 보험계약일부터 주계약의 “암보장개시일” 전에 “암”으로 진단확정되었을 경우 또는 보험계약일부터 주계약의 “중증치매보장개시일” 전에 “중증치매상태”로 진단확정되었을 경우 또는 보험계약일부터 주계약의 “일상생활장해보장개시일” 전에 “일상생활장해상태”로 진단확정되었을 경우 또는 “무배당 유방암 및 남녀생식기암보장특약(무해지환급금형)”의 보장개시일 전에 “유방암 또는 남녀생식기관련암”으로 진단확정 되었을 경우 각각의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약의 취소를 선택할 수 있으며 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

⑭ 보험계약일부터 주계약의 “암보장개시일” 전에 “암” 또는 보험계약일부터 주계약의 “중증치매보장개시일” 전에 “중증치매상태” 또는 보험계약일부터 주계약의 “일상생활장해보장개시일” 전에 “일상생활장해상태” 또는 “유방암 또는 남녀생식기관련암”으로 진단확정되었으나 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 각각의 보장개시일(“암”은 “암보장개시일”, “중증치매상태”는 “중증치매보장개시일”, “일상생활장해상태”는 “일상생활장해보장개시일”, “유방암 또는 남녀생식기관련암”은 “무배당 유방암 및 남녀생식기암보장특약(무해지환급금형)”의 보장개시일을 말함) 전에 진단확정된 “암”, “중증치매상태”, “일상생활장해상태” 또는 “유방암 및 남녀생식기관련암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암” 또는 “유방암 및 남녀생식기관련암”, “중증치매상태”, “일상생활장해상태”으로 제5조(보험금의 지급사유)의 두번째 라이프케어보험금 지급사유가 발생한 경우라 할지라도 보험

금을 지급하지 않으며 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

⑮ 제 14 항에도 불구하고 청약일(부활(효력회복)일)부터 각각의 보장개시일 전에 “암”, “중증치매상태”, “일상생활장해상태” 또는 “유방암 및 남녀생식기관련암”로 진단확정 받더라도 각각의 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”, “중증치매상태”, “일상생활장해상태” 또는 “유방암 및 남녀생식기관련암”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 각각의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제 5 조 (보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, “첫번째 라이프케어 질병 및 수술”이 발생한 후 다음 중 어느 하나에 해당하면 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
(1) 피보험자가 **심신상실** 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

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

(2) 계약의 보장개시일 (부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일) 부터 2 년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 보험금 등의 청구

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

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(병명기입), 조직검사결과지, 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서, 장해진단서 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드리는 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 보험료 납입면제 청구일로부터 7 영업일 이내에 납입면제가 되지 않을 경우에는 납입면제 지연을 보험수익자 또는 계약자에게 알려 드립니다.

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

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도 (회사가 추정하는 보험금의 50 % 이내를 지급) 에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 8 조 (보험금 등의 청구) 에서 정한 서류를 접수한 날부터 30

영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
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 9 항 및 제 10 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, 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.

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 (진단특약의 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, 진단특약에서 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 있습니

다.

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 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 1 개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금지급사유가 발생하지 않고 2 년 (진단특약의 경우 질병에 대하여는 1 년) 이 지났을 때
3. 특약을 체결한 날부터 3 년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 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 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.

③ 제 2 항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 특약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

④ 회사는 제 2 항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “**반대 증거**가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습

니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

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

⑤ 회사는 제 2 항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제 21 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른해지환급금을 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 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 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 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건 (보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등) 을 붙여 승낙할 수 있습니다.

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

④ 제 3 항의 “청약일로부터 5 년이 지나는 동안” 이라 함은 이 약관 제

18 조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지) 에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 이 약관 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 해지환급금을 받지 않은 경우 (**보험계약대출** 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 에는 효력이 있습니다.

무효

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

보험계약대출

보험기간 중에 계약자의 사정변경으로 보험료의 납입이 곤란하게 되거나, 일시적으로 금전이 필요하게 되는 등의 경우에 해약시 지급하여야 할 금액의 일정 범위내에서 계약자에게 대출을 하여 주고, 대출금과 대출이자를 상환하지 않을 경우에 회사가 지급하여야할 금액에서 이를 공제하고 지급하는 제도입니다.

2. 이 특약의 피보험자가 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 이 발생하지 않고 사망할 경우
3. 이 특약의 피보험자가 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 이 발생한 후 사망한 경우에는 “**보험료 및 책임준비금 산출방법서**” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험

료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서
보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

4. 제 5 조 (보험금의 지급사유) 에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우

⑦ 제 6 항 제 2 호 및 제 3 호의 “사망” 에는 보험기간에 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. **실종선고**를 받은 경우 : 법원에서 인정한 **실종기간**이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

민법 제27조(실종의 선고)
① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.
(※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.)

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

실종기간
실종기간은 보통실종의 경우에는 5년, 특별실종의 경우에는 1년이며 이에 대한 구분은 민법 제27조에 따릅니다.

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

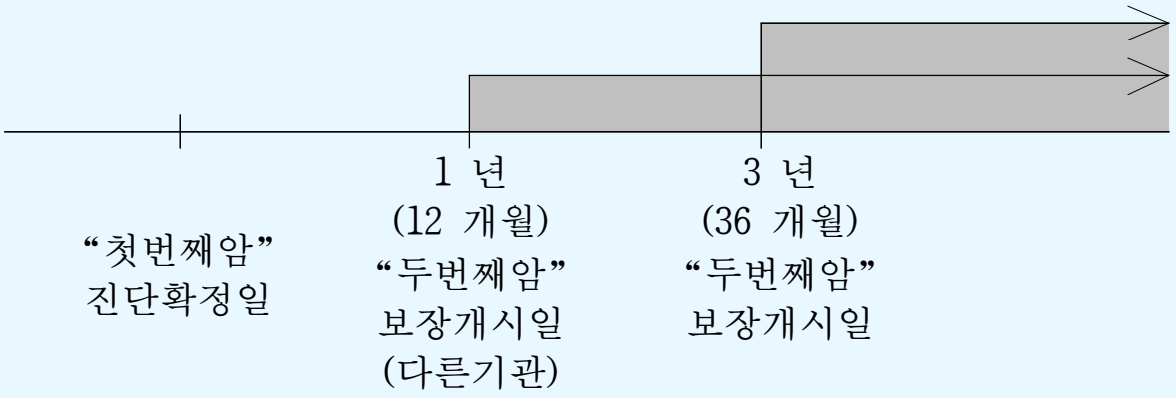
제 12 조 특약의 보장개시

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 5 조 (보험금의 지급사유) 의 **"두번째암" 의 보장개시일**은 다음 각 호로 정하며 (이하 "두번째암 보장개시일"이라 합니다), 해당월의 진단확정일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 진단확정일로 합니다.

1. "첫번째암" 이 진단확정된 기관 (Organ) (별표 6 ("기관(Organ)" 분류표) 참조) 과 "다른 기관 (Organ) 에 전이된 암 (기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 "다른 기관 (Organ) 에 새로운 암 (이차원발암(기타피부암 및 갑상선암 제외))" 인 경우, "첫번째암" 진단확정일로부터 그날을 포함하여 1 년 (12 개월) 이 지난날의 다음날
2. "재발된 암 (기타피부암 및 갑상선암 제외)", "전이된 암 (기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 "새로운 암 (이차원발암(기타피부암 및 갑상선암 제외))" 인 경우, "첫번째암" 진단확정일로부터 그날을 포함하여 3 년 (36 개월) 이 지난날의 다음날

"두번째암" 의 보장개시일



③ 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 2 조 ("첫번째 라이프케어 질병 및 수술" 의 정의)의 "첫번째암" 중 "유방암 또는 남녀생식기관련암" 에 대해서는 "무배당 유방암 및 남녀생식기암보장특약(무해지환급금형)" 의 보장개시일을 따릅니다.

제 13 조 피보험자의 범위

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 14 조 특약의 무효

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 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 **보험계약대출이율**을 **연단위 복리**로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

보험계약대출이율의 공시
이 보험의 보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.metlife.co.kr)의 "공시실 → 보험상품공시 → 적용이율"에서 공시합니다.

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. 단, 이 특약의 납입기간 변경은 불가합니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제 21 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을

계약자에게 지급합니다. 특약의 보험가입금액이 감액되는 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

제 16 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사 소정의 범위내에서 정합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 주계약에서 정한 라이프케어 보험금의 지급사유 또는 “무배당 유방암 및 남녀생식기암보장특약(무해지환급금형)” 의 보험금지급사유에서 정한 유방암 및 남녀생식기암진단보험금 지급사유가 되는 “유방암 또는 남녀생식기관련암” 으로 진단확정된 경우 이 특약의 보험기간은 종신까지로 연장됩니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 17 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사 소정의 범위내에서 정합니다.

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 해지환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 에는 특약은 해지되지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우

에는 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 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 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. 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.

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 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제 10 조 (계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지) 가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 21 조 (해지환급금) 제 1 항에 의한 해지환급금을

계약자에게 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 21 조 해지환급금

① 이 약관에 따라 특약이 효력상실 또는 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

해지환급금 관련 유의사항

가. 무해지환급금형은 계약일로부터 보험료 납입기간까지는 해지환급금이 없으며, 보험료 납입 완료 이후는 유해지환급금형 대비 해지환급금이 적은 대신, 유해지환급금형보다 적은 보험료로 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 무해지환급금형에서 납입기간과 보험기간이 동일한 경우는 전 보험기간 동안 해지환급금이 없습니다.

다. 무해지환급금형의 유해지환급금형 대비 이 특약의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

경과기간	유해지환급금형 대비 해지환급금 비율
계약일 이후 ~ “납입기간” 이전	0 %
“납입기간” 경과 이후 ~ “납입기간 + 1 년” 이전	10 %
“납입기간 + 1 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 2 년” 이전	20 %
“납입기간 + 2 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 3 년” 이전	30 %
“납입기간 + 3 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 4 년” 이전	40 %
“납입기간 + 4 년” 경과 이후	50 %

라. 회사는 무해지환급금형 및 유해지환급금형의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교・안내합니다.

해지환급금 지급비율 예시

2016 년 1 월 1 일 계약, 납입기간 20 년납, 월납

기준		유해지환급금형 대비 지급되는 비율
계약일 이후 ~ “납입기간” 이전	2016 년 1 월 1 일부터 2035 년 12 월 31 일까지	0 %
“납입기간” 경과 이후~ “납입기간 + 1 년” 이전	2036 년 1 월 1 일부터 2036 년 12 월 31 일까지	10 %
“납입기간 + 1 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 2 년” 이전	2037 년 1 월 1 일부터 2037 년 12 월 31 일까지	20 %
“납입기간 + 2 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 3 년” 이전	2038 년 1 월 1 일부터 2038 년 12 월 31 일까지	30 %
“납입기간 + 3 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 4 년” 이전	2039 년 1 월 1 일부터 2039 년 12 월 31 일까지	40 %
“납입기간 + 4 년” 경과 이후	2040 년 1 월 1 일 이후	50 %

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 1 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산) 에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제 22 조 주계약 약관규정의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니

다.

MetLife

별표 1

보험금 지급기준표

1. 보험기간

구분	보험기간
“첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 발생 이전	60 세, 70 세 또는 80세 중 선택한 보험기간
“첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 발생 이후	종신

2. 지급내용

기준 : 보험가입금액 1,000 만원

보험금 지급사유		지급금액
두번째 라이프케어 보험금	보험기간 중 피보험자가 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 의 보험금지급사유가 발생한 이후에 “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술” 로 진단확정 되거나 수술을 받은 경우 다만, “첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 이 “중증치매상태” 또는 “일상생활장해상태” 로 진단 확정된 경우, “두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술” 이라 함은 그룹의 분류와 관계없이 “암”, “급성심근경색증”, “뇌출혈”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”, “중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)”, “관상동맥우회술”, “5 대장기이식수술”, “대동맥인조혈관치환수술”, “심장판막수술” 을 말합니다.	1,000 만원 (다만, 최초 1 회에 한하여 지급)
	피보험자가 “첫번째암” 으로 진단확정된 후, “두번째암 보장개시일” 이후 “두번째암” 으로 진단확정 된 경우	

주) 1. 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우 또는 “무배당 유방암 및 남녀생식기암보장특약(무해지환급금형)” 의 보험금지급사유에서 정한 유방암 및 남녀생식기암진단보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 피보험자가 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 이 발생하지 않고 사망할 경우 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 피보험자가 “첫번째 라이프케어 질병 및 수술” 이 발생한 후 사망할 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제 5 조 (보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
5. “두번째암 보장개시일” 은 “첫번째암” 이 진단확정된 기관과 다른 기관인 경우, 진단확정일로부터 그날을 포함하여 1 년 (12 개월) 이 지난날의 다음날로 합니다. 또한 “첫번째암” 이 진단확정된 기관과 같은 기관인 경우 “첫번째암” 의 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 3 년 (36 개월) 이 지난날의 다음날로 합니다.

별표 2

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

구분	적립기간	지급이자
두번째 라이프케어보험금 (제 5 조), 책임준비금 (제 6 조 제 2 항, 제 7 조 및 제 11 조 제 6 항)	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 %)
해지환급금 (제 21 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50 % 1 년 초과기간 : 1 %
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 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 인

정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

별표 3

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- 법적 개입 중 법적처형(Y35.5)

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

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

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

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주1) ( ) 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2 의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

주2) 제 9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

주4) 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표 4

“두번째 다른 그룹의 라이프케어 질병 및 수술” 의 정의

① 암 (기타 피부의 악성신생물(암), 갑상선의 악성신생물(암) 제외)

1. “암” 이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 다음 “대상이 되는 악성신생물 (암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)” 에서 정한 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암 해당 여부를 판단합니다.
다만, 분류번호 C44 (기타 피부의 악성신생물(암)), C73 (갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암상태 (암으로 변하기 이전 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential)) 는 제외 합니다.

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) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. "암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 따라 내려져야 하며, 이 진단은 조직 (fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사 (fine needle aspiration) 또는 혈액 (hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3. 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.

② 급성심근경색증

약관에서 규정하는 급성심근경색으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

대상 급성심근경색증	분류번호
1) 급성 심근경색증	I21
2) 후속 심근경색증	I22

3) 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

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

③ 뇌출혈

"뇌출혈"이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상 뇌출혈	분류번호
1) 거미막하 출혈	I60
2) 뇌내출혈	I61
3) 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

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

④ 말기신부전증 (End Stage Renal Disease)

"말기신부전증"이라 함은 양쪽 콩팥 (신장) 모두가 비가역적인 기능 부전을 보이는 말기신질환 (End Stage Renal Disease) 으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석 또는 신장이식의 시술을 받아야 한다고 의사가 판단하여 그 말기신질환의 치료를 직접목적으로 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말하며 일시적으로 혈액투석이나 복막투석치료를 필요로 하는 신부전은 보장에서 제외합니다.

⑤ 말기간질환 (End Stage Liver Disease)

"말기간질환"이라 함은 간경변증을 일으키는 말기의 간질환으로서, 다음 세 가지 특징을 모두 보여야 합니다.

1.영구적인 황달 (jaundice)
2.복수 (ascites)
3.간성뇌병증 (hepatic encephalopathy)

⑥ 말기폐질환 (End Stage Lung Disease)

1. “말기폐질환” 이라 함은 제 8 차 한국표준질병·사인분류표 중 “폐질환 분류표” 에 해당하는 폐질환 중 만성호흡부전을 일으키는 말기의 폐질환으로서, 다음 두 가지 특징을 모두 보여야 합니다.
   가. 저산소증으로 인하여 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
   나. 폐기능 검사에서 1 초간 노력성 호기량 (FEV1) 이 정상예측치의 25 % 이하

2. “말기폐질환” 으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 말기폐질환 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	병명코드
1) 인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
2) 기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
3) 만성 하부호흡기질환	J40 ~ J47
4) 외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
5) 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
6) 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
7) 흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
8) 호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

(말기폐질환과 보장연관성이 있는 질병[주)1])

보장연관성이 있는 질병	병명코드
1) 거대세포바이러스폐렴 (J17.1*)	B25.0
2) 폐렴이 합병된 홍역 (J17.1*)	B05.2
3) 수두 폐렴 (J17.1*)	B01.2
4) 폐 톡소포자충증 (J17.3*)	B58.3
5) 류마티스 폐질환 (J99.0*)	M05.1

주)1 “말기폐질환”으로 분류되는 질병에서는 말기폐질환과 보장연관성이 있는 질병으로 상기 질병도 포함하는 것으로 합니다.

주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 말기폐질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

⑦ 관상동맥우회술 (Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

1. “관상동맥우회술 (Coronary Artery Bypass Graft)”이라 함은 관상동맥질환 (Coronary Artery Disease)의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥 (Greater Saphenous Vein), 내유동맥 (Internal Mammary Artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부의 관상동맥 (심장동맥)에 연결하여 주는 수술을 말합니다.

2. 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 보장에서 제외합니다.
예) 관상동맥성형술 (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술 (Coronary Stent), 회전죽상반절제술 (Rotational Atherectomy) 등

⑧ 대동맥인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

1. “대동맥인조혈관치환수술”이라 함은 대동맥의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥 병소를 절제 (excision)하고 인조혈관 (artificial vessel)으로 치환 (graft)하는 수술을 의미합니다. 여기서, “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는

것으로 대동맥의 분지 (branch) 동맥들은 제외됩니다.

2. 다만, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
예) 경피적혈관내 대동맥류수술 (Percutaneous Endovascular Aneurysm Repair)

⑨ 심장판막수술(Heart Valve Surgery)

1. "심장판막수술" 이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한 가지 이상에 해당하는 경우입니다.
   가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공 심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
   나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술 (Valvuloplasty) 을 해주는 수술

2. 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
   가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
   예) 경피적 판막성형술 (Percutaneous Balloon Valvuloplasty))
   나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

⑩ 5 대장기이식수술 (5 Major Organ Transplantation)

1. "5 대장기이식수술" 이라 함은 5 대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 간장, 콩팥(신장), 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인 (살아있는 사람, 뇌사자, 사망자를 모두 포함합니다) 의 내부 장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.

2. 다만, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장하지 않습니다.

⑪ 중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)

"중대한 화상 (Third Degree Burns) 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상, Corrosions)" 이라 함은 "9 의 법칙 (Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트 (Lund & Browder chart)" 에 의해 측정된 신체표면적으로 20 % 이상의 3 도 화상 또는 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)

을 입은 경우에 보장해주며 이 측정법처럼 표준화된 방법이고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

⑫ 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

“두번째암” 의 정의

① 이 특약에서 보장하는 “두번째암” 이란 다음 각 호와 같습니다.

1. “첫번째암” 진단확정일로부터 1 년 (12 개월) 이후 3 년 (36 개월) 미만
“첫번째암” 진단확정일로부터 그날을 포함하여 1 년 (12 개월) 이 지난 이후에, “첫번째암” 이 진단확정된 기관 (organ) (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 과 “다른 기관 (organ) 에 전이된 암 (기타피부암 및 갑상선암 제외)” 또는 “다른 기관 (organ) 에 새로운 암 (이차원발암(기타피부암 및 갑상선암 제외))” 이 진단 확정된 경우를 말합니다.

2. “첫번째암” 진단확정일로부터 3 년 (36 개월) 이후
“첫번째암” 진단확정일로부터 그날을 포함하여 3 년 (36 개월) 이 지난 이후에, “재발된 암 (기타피부암 및 갑상선암 제외)”, “전이된 암 (기타피부암 및 갑상선암 제외)” 또는 “새로운 암 (이차원발암(기타피부암 및 갑상선암 제외))” 이 진단 확정된 경우를 말합니다.

1) 전이된 암 (기타피부암 및 갑상선암 제외)
“첫번째암” 진단확정시 존재하던 암종괴 (Cancer Mass) 와 조직학적 연속성이 없는 (No Continuous Trail of Tumor Cells) 동일 암의 암종괴가 새롭게 진단 확정된 “두번째암” 을 말합니다.
2) 새로운 암 (이차원발암(기타피부암 및 갑상선암 제외))
원발 부위에 발생한 암으로 “첫번째암” 과 다른 조직병리학적 특성 (Histopathological Appearance) 을 가진 암을 말합니다.

3) 재발된 암 (기타피부암 및 갑상선암 제외)
ㄱ. 치료를 통해 몸에서 암세포를 제거한 후 “첫번째암” 과 동일한 조직병리학적 특성 (Histopathological Appearance) 을 가진 암이 다시 진단확정 되는 경우를 말합니다 (단, “첫번째암” 진단확정시 발견된 암세포 중 제거되지 못하고 남아 있는 암과 그 암의 증식은 재발된 암으로 인정하지 않습니다).
ㄴ. “ㄱ” 에도 불구하고, “첫번째암” 의 진단시점의 검사에서 발견되지 않은 암세포에 대해서는 암세포 제거 여부에 관계없이 재발된 암으로 인정합니다.
ㄷ. “ㄱ” 의 암세포의 제거는 임상적 소견, 영상검사 및 병리조직 검사 등 통상적인 검사방법으로 확인하는 것을 말합니다.

② 제 1 항에도 불구하고, 다음 각 호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.

1. “첫번째암” 진단확정일로부터 1 년 (12 개월) 이후 3 년 (36 개월) 미만
가. “첫번째암” 진단확정일로부터 1 년 (12 개월) 미만에 “암” 이 진단확정된 경우
나. “첫번째암” 으로 진단확정된 “기관 (Organ)” 과 같은 “기관 (Organ)” 에 “암” 으로 진단확정된 경우
다. “첫번째암” 으로 진단확정된 “기관 (Organ)” 이 두 개 이상 (예 : “첫번째암” 이 위 (stomach) 와 간 (liver) 에 동시에 진단확정된 경우) 인 경우, 그 기관들과 같은 기관 (들) (예 : 위 및 / 또는 간) 에만 “암” 이 진단확정된 경우
라. “첫번째암” 으로 인하여 “중피성 및 연조직” (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 에 침윤 또는 전이 (metastasis) 된 경우
마. “첫번째암” 으로 인하여 “비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계” (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 에 침윤 또는 전이 (metastasis) 된 경우
바. “첫번째암” 이 “비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계” (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 의 암 (예 : 백혈병, 림프종, 골수종 등) 으로 진단확정 되고, “두번째암” 이 다시 “비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계” (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 의 암으로 진단확정된 경우

2. “첫번째암” 진단확정일로부터 3 년 (36 개월) 이후
   가. “첫번째암” 진단확정일로부터 3 년 (36 개월) 미만에 “두번째암” 이 진단확정된 경우 (다만, “첫번째암” 진단확정일로부터 1 년 (12 개월) 이후 제 1 항 제 1 호에서 정한 “두번째암” 으로 진단확정된 경우에는 보장합니다)
   나. “첫번째암” 으로 인하여 “중피성 및 연조직” (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 에 침윤된 경우
   다. “첫번째암” 으로 인하여 “비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계” (별표 6 (“기관 (Organ)” 분류표) 참조) 에 침윤된 경우

③ 두 번째 악성신생물 (암) 로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 정한 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물 (암) 해당 여부를 판단합니다.
다만, 분류번호 C44 (기타 피부의 악성신생물(암)), C73 (갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암상태 (암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential) 는 제외합니다.

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 두 번째 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.

④ 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 6

“기관 (Organ)” 분류표

아래 표의 “분류번호 예시” 는 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 에서 명명된 각 개별 기관에서 발생하는 악성신생물 (암) 을 예시 한 것입니다.

개별 기관 (organ) 분류	분류번호 예시	대분류
1. 입술	C00	입술, 구강 및 인두
2. 혀 (혓바닥, 혀의 기타 부위)	C01, C02	
3. 잇몸	C03	
4. 입바닥	C04	
5. 구개	C05	
6. 기타 입 부위 및 “입술, 구강 및 인두” 내 기타 기관	C06, C14	
7. 귀밑샘	C07	
8. 기타 주침샘	C08	
9. 편도	C09	
10. 인두 (입인두, 비인두, 이상동, 하인두 포함)	C10, C11, C12, C13	
11. 식도	C15	소화기관
12. 위	C16	
13. 소장	C17	
14. 직결장 (직장구불결장 이행부 포함) 및 “소화기관” 내 기타 기관	C18, C19, C20, C26 (C26.1 제외)	
15. 항문 및 항문관	C21	
16. 간 및 담관	C22	
17. 담낭	C23	
18. 기타 담도 부위	C24	
19. 췌장	C25	

20. 비강 및 중이	C30	호흡기 및 흉곽내 기관
21. 부비동	C31	
22. 후두	C32	
23. 기관	C33	
24. 기관지 및 폐 및 “호흡기 및 흉곽내 기관” 내 기타 기관	C34, C39	
25. 흉선	C37	
26. 심장, 종격 및 흉막	C38	
27. 뼈 및 관절연골	C40, C41	뼈 및 관절연골
28. 피부	C43, C44	피부
29. 중피, 말초 신경 및 자율 신경 계통, 후복막 및 복막, 기타 결합 및 연조직	C45, C47, C48, C49	중피성 및 연조직
30. 유방	C50	유방
31. 외음	C51	여성 생식기관
32. 질	C52	
33. 자궁 (자궁경부, 자궁체부, 기타 자궁 부위) 및 “여성 생식기관” 내 기타 기관	C53, C54, C55, C57	
34. 난소	C56	
35. 태반	C58	
36. 음경	C60	남성 생식기관
37. 전립선 및 “남성 생식기관” 내 기타 기관	C61, C63	
38. 고환	C62	
39. 신장, 신우 및 “요로” 내 기타 기관	C64, C65, C68	요로
40. 요관	C66	
41. 방광	C67	

42. 눈 및 눈부속기	C69	눈, 뇌 및 중추신경계통
43. 수막	C70	
44. 뇌	C71	
45. 척수, 뇌신경 및 기타 중추신경 부위	C72	
46. 갑상선	C73	내분비선
47. 부신	C74	
48. 기타 내분비선	C75	
49. 비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	C81-C96, C26.1, D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5	비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계

주) 1. 상기 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46, C76-C80, C97), 회사는 암으로 진단확정된 “기관 (organ)” 을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해, 이 특약에서 정의하는 “기관 (organ) 분류표” 에 있는 각 개별 “기관 (organ)” 으로 분류합니다.

2. 상기 분류번호 예시 중 C44 와 C73 에 해당하는 암인 경우, 보장에서 제외합니다.

3. 인체내에 두개 이상 존재하는 기관인 경우, 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관 (organ) (예 : 좌측 및 우측 유방, 신장, 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 “기관 (organ)” 으로 분류합니다.

4. 제 9 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서, 상기 “분류번호 예시” 이외에 개별 “기관 (organ)” 에 해당하는 분류번호가 있는 경우에는 그 분류번호도 포함하는 것으로 합니다.