

# 경계성 종양과 암보험

경희대 법대 교수

장 경 환

Borderline tumour and cancer insurance

Kyung Hwan Chang, Prof.

*Kyung Hee University College of Law*

## 1. 머리말

오늘날 의학의 발달로 각종 질병이 조기에 발견되고 있고, 종합건강진단이 대중화 됨에 따라 암의 前段階인 종양(신생물)의 진단확정이 증가하는 추세에 있다. 특히 양성 종양(benign tumour)과 악성 종양(암)(malignant tumour; cancer)의 연속선상에 존재하는 종양(경계성 종양; borderline tumour)이 빈번하게 발견되어,<sup>1)</sup> 생명보험실무에서는 이를 암보험의 보험사고로 인정할 것인지에 관해 많은 논란이 제기되고 있는 실정에 있다.

이 글에서는 암보험과 관련된 기존의 법적 문제점들을 정리해 보고, 경계성 종양도 암보험의 附保對象으로 해야 하는가?, 부보대상으로 한다면 어떠한 법적 문제점들을 검토해야 할 것인가? 등에 관해 試論적으로 논급하고자 한다.

## 2. 암보험과 관련된 기존의 법적 문제점

암보험과 관련하여 보험실무상 현재까지 논의되

었던 법적 문제점으로는 크게 다음의 3가지를 들 수 있다.

### (1) 책임개시 및 계약무효의 특칙의 효력

암보험약관에 의하면, 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로부터 보험회사의 책임이 개시되는 것으로 규정하고 있고, 동시에 계약일로부터 과거 5년 이내 또는 계약일로부터 책임개시일의 전일(계약일을 포함한 90일) 이전에 피보험자의 암진단확정이 있었으면, 보험계약자 또는 피보험자가 그 진단확정의 사실을 알고 있었거나 모르고 있었거나를 묻지 아니하고 계약을 무효로 한다고 규정하고 있다. 여기서 다른 보험과는 달리 계약일로부터 90일이 지나서야 보험자의 책임을 개시케 하는 규정의 효력이 문제되었고, 과거의 암진단확정을 보험계약자·피보험자의 선의·악의를 불문하고 계약의 무효사유로 하는 규정은 상법 제644조 단서("보험계약 당시에 보험사고가 이미 발생하였거나 또는 발생할 수 없는 것인 때에는 그 계약은 무효로 한다. 그러나 당사자 쌍방과 피보험자가 이를 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.")에 반하여 무효인지가 문제되었다.

암보험도 다른 질병보험과 마찬가지로 영가의 보험료를 받으면서 보험단체의 수지상등을 유지하기 위해서는 '계약일 현재 건강체'인 사람의 가입이 요구된다. 다만, 암은 어떠한 질병보다도 사망률과 재발률이 높기 때문에 건강체의 가입을 확보하기 위해서는 더욱 엄격한 요건이 요구되는 것이다. 즉, 普遍的인 醫療則에 의하면, 암에 대한 치료가 끝난 후 5년간 재발하지 않아야 완쾌된 것으로 볼 수 있으며, 암에 걸리게 되면 통상적으로 90일 내에 그 발병이 진단확정되므로, 이에 따라 계약일 전후의 해당 기간 동안 암진단확정이 없었을 것을 계약의 유효요건으로 함과 동시에, 보험자의 책임을 계약일로부터 90일후에 개시되도록 하게 한 것이다. 따라서 이러한 약관규정은 보편적인 의료칙을 근거로 한 것으로서 유효한 것이라고 할 수 있다.

그리고 피보험자가 건강체인지의 여부는 암진단확정의 유무에 따라 결정되는 것이지, 보험계약자·피보험자의 선의·악의와는 무관하다. 암보험약관은 이러한 점을 주의적으로 밝혀 놓은 것에 불과한 것이다.

상법 제644조는 '소급기간내의 사고의 발생 또는 불발생'에 대한 쌍방 계약당사자(보험자와 보험계약자) 및 피보험자의 선의를 '소급보험'의 유효요건으로서 요구하는 규정이고, 계약일로부터 90일이 되는 시점부터 보험자의 책임이 개시되는 전형적인 '장래보험'인 암보험에 대해서 적용될 성질의 규정이 아니므로, 상법 제644조에 반하여 무효가 된다고도 할 수 없는 것이다.

## (2) 다른 성인병에의 확대적용의 효력

위와 같은 암보험에서의 책임개시 및 계약무효의 특칙이 암 이외의 성인병에 대해서도 적용될 수 있는 것인지가 문제되었다. 여기서 암 이외의 성인병으로는 당뇨병, 만성류마티스성 심장질환, 고혈압성 질환, 허혈성 심장질환, 폐성 심장질환 및 폐순환의 질환, 기타 형태의 심장질환, 24시간 이상 지속되는 영구적인 신경후유증을 수반하는 대뇌혈관질환, 일과성 대뇌 허혈성 발작 및 관련 증후군 등을 들 수 있다.

이들 질병의 경우에도 그 사망률과 재발률이 일반 질병보다 높기 때문에, 영가의 보험료에 의한 수지상등을 구현하기 위해서는 계약일 현재 건강체인 사람의 가입이 전제조건이 되어야 할 것이다. 따라서 계

약일 전후의 일정 기간의 진단확정의 사실이 있었으면 보험계약자 및 피보험자가 그 사실을 알고 있었거나 모르고 있었거나를 묻지 아니하고 계약을 무효로 하는 것 자체는 타당성이 있을 수도 있다.

그러나 이들 질병의 경우에도 통상적으로, 암의 경우처럼, 완쾌된 것으로 인정하기 위하여 치료가 끝난 후 5년까지의 기간이 소요되는지, 또한 질병에 걸리게 되면 그 진단확정을 위하여 90일까지의 기간이 소요되는지는 의학적으로 검토해 보아야 한다.

만일 그렇지 않다면, 암보험에서의 특칙을 그대로 다른 성인병에 적용하는 약관규정은 약관규제법 제6조나 제7조 제3호 전단의 위반으로서 무효가 된다.

## (3) 고지의무 위반사실과 인과관계가 없는 암진단확정에 대한 보험보호의 범위<sup>2)</sup>

암보험의 보험금은 각각 定額의 통원·입원·치료·수술·요양급여금 등으로 다원화되어 있는 것이 보통이다. 그런데, 암보험약관에 의하면, 피보험자의 암진단확정후 그 암진단확정과 인과관계가 없는 사실의 不告知·不實告知로 계약이 해지된 경우에는, 암진단확정일로부터 180일 이내에 피보험자가 그 암을 직접적인 원인으로 하여 사망하거나 장애분류표중 제1급의 장애상태가 되었을 때에 한하여 그때까지의 암으로 인한 해당 각종 급여금을 지급한다고 규정하고 있다. 이 규정에 의하면, 암진단확정일로부터 180일 넘도록 피보험자가 암으로 사망하거나 제1급 장애상태가 되지 않은 경우에는, 계약해지시까지의 암으로 인한 해당 급여금만을 지급하고 계약해지시 이후의 해당 급여금은 지급을 거절할 수 있게 되어 있다.

여기서 보험계약자·피보험자가 고지의무를 위반한 사실(예컨대, 교통사고로 상해를 입었던 사실)과 인과관계 없는 보험사고(예컨대, 암진단확정)가 발생한 후에 보험자가 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지할 수 있는지?, 계약을 해지하더라도 그 해지 전에 일단 암이 진단확정되었다면 그 암으로 인한 해당 급여금은 그 해지 이후에도 계속해서 지급해야 하는 것이 아닌지? 등이 문제되었다.

상법 제655조 단서의 '그러하지 아니하다'는 법문은, 고지의무 위반사실과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없는 경우에는, 보험자는 이미 발생한 보험사

고에 대한 보험금 지급책임은 지되, 그 고지의무 위반을 이유로 계약해지는 이를 할 수 있는 것으로 풀이해야 할 것이다.

그 이유로는 ① 인과관계의 부존재는 보험사고가 발생하는 때에 보험자가 보험금 지급책임을 지는지와 관련되는 요건이지, 계약을 체결하는 때에 고지의무를 위반했는지와는 상관없는 요건이다. 따라서 인과관계가 존재하지 않더라도 그것과 상관없이 고지의무 위반요건(주관적 객관적 요건)이 갖추어진 이상 계약을 해지할 수 있다. ② 보험자가 이미 발생한 보험사고에 대해서 보험금을 지급하는 한 그것으로써 보험계약자의 보호에 충분하다고 할 수 있는데, 인과관계가 없다고 해서 계약을 해지하지 못하게 함으로써 고지의무에 위반한 불량한 계약관계를 그대로 유지시켜 그 후에도 계속해서 (인과관계가 없는) 보험사고가 발생할 때마다 보험금을 지급하도록 하는 것은, 고지의무제도를 지나치게 희석시키게 될 뿐만 아니라, ③ 고지의무를 제대로 이행한 경우(계약이 체결되지 않았거나 적어도 동일한 조건으로는 계약이 체결되지 않았을 것임)와 비교할 때 지나치게 형평에 맞지 않는다는 점 등을 들 수 있다.

질병의 치료가 수년에 걸치는 경우 그 기간 동안 계속하여 보상한다는 것은 보험자에게 지나친 부담이 될 수도 있다. 이 점에서 독일질병보험약관<sup>3)</sup>의 해석에서는, 계약관계종료 이후의 치료에 대해서까지도 보상해야 한다는 全部補償說과 계약관계 종료시까지의 치료에 대해서만 보상해야 한다는 一部補償說이 다투어지고 있다.<sup>4)</sup> 그러나 ① 암의 치명적인 위험성에 비추어 인도주의적 입장에서 계약관계가 종료되더라도 그 종료전에 진단확정된 암에 대해서는 계속해서 보험보호를 해주도록 특별한 배려를 해야 한다고 본다. ② 암보험에서의 통원·입원·치료 수술 요양 등의 급여금은 하나의 보험사고(암진단확정)를 원인으로 하여 시차를 두고 지급하는 것에 불과하며, 이는 보험사고가 연장되는 전형적인 경우라고 할 수 있다. 따라서 암진단확정으로부터 치료가 종료될 때까지는 단일한 보험사고로서 일체로 파악해야 할 것이다. ③ 상법 제655조 단서에 의한 보험자의 책임은, 일체로 파악되는 단일한 보험사고의 한도 내에서 그 전부에 미친다고 할 것이다. 따라서 그 일부만 책임

진다는 약관규정은, 상법 제655조 단서를 보험계약자에게 불리하게 변경한 것으로서 상법 제663조에 의해 무효가 된다는 점 등을 고려하면, 보험자는 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지한 경우라도, 그 위반사실과 인과관계 없는 암진단확정에 대해서는 계약해지 이후라도 그 치료에 따르는 급여금을 계속해서 지급하는 것이 타당하다고 본다.

다른 한편, 보험계약자의 고지의무 위반이 있음에도 불구하고 인과관계가 없다는 이유로 계약해지전에 발생한 보험사고에 대해서 보험자로 하여금 수년간 책임을 지도록 하는 것은, 고지의무제도를 희석시키는 결과가 될 뿐만 아니라 보험기금의 운영에서도 무리가 될 수 있다. 이 점에서 암보험약관을 “피보험자의 암진단확정후 암진단확정과 인과관계가 없는 고지의무 위반으로 계약이 해지된 경우에는 암진단확정일로부터 [1년 동안]은 암으로 인한 해당 보험금을 지급한다”는 취지로 개정하여 보험자의 지속적인 책임을 일정 기간내로 제한하는 것이 바람직하다고 본다.<sup>5)</sup>

### 3. 경계성 종양과 보험보호

#### (1) 보험보호의 필요성

암보험약관은, ‘암’을 한국표준질병사인분류에서 악성 신생물로 분류되는 질병(별표 ‘악성 신생물 분류표’<sup>6)</sup> 참조)으로 정의하고 있고, 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직 또는 혈액에 대한 현미경소견을 기초로 한다고 규정하고 있다.

이러한 약관규정에 의할 때, 암보험의 부보대상은 악성 종양인 암이고 경계성 종양은 부보대상이 되지 않는다. 한편, 외국의 암보험약관도 이른바 浸潤(invasion)을 암의 개념요소로 규정함으로써 악성 종양만을 부보대상으로 하고 있고 경계성 종양은 이를 부보대상으로 하지 않고 있다.

즉, 미국 AIG(American International Group)의 암보험약관은 “암이라 함은, 정상조직의 침윤을 결과하는 이상세포의 病巢的이고도 자생적인 새로운 증식을 말한다. 암은 조직이나 혈액표본에 대한 현미경조사

에 기초하여 실증적으로 진단되어야 한다. 진단은 혐의가 있는 종양, 조직 또는 표본의 조직세포학적 구조 또는 양상에 대한 조사를 거쳐 단지 공인된 악성 종양기준만을 기초로 해서 내려져야 한다. 임상적 진단은 이러한 기준에 부합하지 못한다. 악성 흑색종을 제외한 피부암 및 비침윤성 상피내암은 암에 포함되지 않는다.”<sup>7)</sup>고 규정하고 있으며, 일본의 스미모토 생명보험회사의 암보험약관은 암을 “악성 종양세포가 존재하고, 조직과의 경계가 없거나 침윤과피적 증식으로 특징지을 수 있는 질병(단, ‘상피내암’ 및 ‘피부의 악성 흑색종 이외의 피부암’을 제외함)”으로 정의하고 있다. 이처럼 경계성 종양은 우리 나라나 외국의 암보험약관에 의하면 부보대상이 되지 못한다.

상피내암의 경우 악성 신생물이 아니므로 본래는 외국의 암보험약관에서처럼 부보대상에서 제외되었었다. 그러나 상피내암은 시간이 경과함에 따라 암으로 轉移되는 성질을 지니고 있으므로 당사자로서는 미리 치료를 받아야 하는 절실한 상황에 놓이게 된다.

이에 대표적 상피내암인 자궁경부암 0기 또는 유방암 0기를 진단확정받은 보험가입자들의 보험금지급을 요구하는 민원이 빈발해지자, 생명보험협회는 1996. 11. 29.에 개최한 ‘1996년도 제8차 이사회’에서 1997. 1. 1.부터 상피내암을 암보험의 부보대상에 포함하기로 결정하게 된 것이다.<sup>8)</sup>

경계성 종양은 상피내암보다는 악성 종양으로의 轉移可能性이 낮다. 그러나 경계성 종양이 생기면 항상 악성 종양으로 전이되는 것은 아니라고 하더라도 그 전이가능성이 현존하므로, 양성 종양의 경우와는 달리 당사자가 각별히 계속해서 검사받고 치료받아야 할 절실한 상황에 놓이게 됨은 상피내암의 경우와 다를 바 없다고 생각된다.

이 점에서 암보험의 부보대상을 경계성 종양으로까지 확장함으로써 암보험의 실제적 효용성을 증대하는 것이 바람직하다고 본다. 다만, 경계성 종양에 대한 보험보호의 주장이 보다 설득력을 지닐 수 있기 위해서는, 악성 종양으로의 전이가능성에 대한 정확한 의학적 통계가 제시되어야 할 것이다.

## (2) 검토사항

### 가) 개념정의

경계성 종양을 암보험의 부보대상으로 하기 위해서 먼저 검토해야 할 사항은, 암보험약관에 경계성 종양의 개념을 어떻게 정의할 것인가의 문제이다. 경계성 종양은 ① 저악성 종양(tumour of low malignant potential: 시간이 경과하더라도 암으로 전이되지 않음), ② 전암성 종양 또는 상피내암(precancerous tumour; carcinoma-in-situ: 시간이 경과하면 암으로 전이됨), ③ 진단이 불확실한 경우(암인지 아닌지를 알 수 없는 경우) 등과 구별되는 개념이다. 명확한 개념정의를 위해서는 암의 경우처럼 병리학적 분류번호와 함께 분류표를 제시하는 것이 바람직할 것으로 생각된다.<sup>9)</sup>

### 나) 보험료

경계성 종양을 부보대상으로 할 경우 보험자의 담보범위가 그만큼 확대되므로, 이에 대한 추가보험요율의 산정이 요구된다. 이를 위해서는 연령·성별 등에 따른 경계성 종양의 발병률에 대한 의학적 통계가 필요할 것이고, 이 보험요율은 운영실적과 경험을 토대로 계속해서 조정해 나가야 할 것이다. 또한 경계성 종양이 발생하더라도 암이 발생한 것이 아니므로, 암보험계약은 그대로 유지되며 보험가입자는 암에 대한 보험료는 이를 계속해서 지급해야 할 것이다.

참고로 생명보험협회는 상피내암을 암보험의 부보대상으로 추가한 결정에서, 1997. 1. 1. 이후에 개발되는 신상품에 대해서는 상피내암에 대한 보험요율을 반영하기로 함과 동시에, 1997. 1. 1. 이전의 기존상품에 이미 가입해 있는 자나 신규로 가입하는 자에 대해서는 추가보험료의 부담 없이 상피내암에 대한 보험보호를 해주기로 한 바 있다.<sup>10)</sup> 그리고 상피내암이 발생한 후에도 계약을 그대로 유지하면서 암보험료는 계속해서 지급해야 하는 것으로 하였다.<sup>11)</sup>

### 다) 보험금

경계성 종양에 대한 보험금은 定額으로 하되, 경계성 종양으로 인한 사망·폐질의 위험도는 암의 경우보다 낮으므로 진단·수술·요양급여금은 암의 해당급여금 이하로 해야 할 것으로 생각된다. 그리고 경계성 종양, 상피내암, 암의 진단급여금의 지급은 각각 1회로 해야 할 것이다. 참고로 생명보험협회는 상피

내암을 암보험의 부보대상으로 추가한 결정에서, 진단·수술·요양급여금은 암의 해당 급여금의 40% (단, 보험가입금액의 1,000만원당 200만원을 최고한도로 함), 입원·통원급여금은 암의 해당 급여금과 동일한 금액을 지급하도록 하였다.<sup>12)</sup> 그리고 상피내암, 암의 진단급여금은 각각 1회로 제한하였다.<sup>13)</sup>

#### 라) 특별약관

경계성 종양을 암보험 보통약관에서 부보대상으로 규정하여 일률적으로 모든 보험가입자들이 보험보호를 받을 수 있게 하는 경우, 보험금 지급사유가 확대됨에 따라 수지상등이 깨어질 우려가 있다.

이는 경계성 종양의 발병률에 대한 의학적 통계와 운영실적·경험이 축적되지 않은 이상 우려해야 할 사항이다. 또한 보험가입자의 입장에서 일률적으로 추가보험료를 부담하고 보험가입을 하도록 하는 것도 무리이다. 따라서 경계성 종양에 대한 보험보호는 특별약관(추가약관)으로 규정하여, 이를 원하는 가입자만이 추가보험료를 부담하고 가입하도록 하는 것이 보험기금의 운영의 면에서나 보험가입자 평등대우의 면에서 바람직할 것으로 본다.

#### 마) 계약의 무효사유 여부

암의 경우 계약일로부터 과거 5년 이내에 또는 계약일로부터 장래 90일 이내에 진단확정이 있게 되면 계약의 무효사유로 하고 있고, 보험자의 책임도 계약일로부터 90일이 지난 후부터 개시되도록 하고 있다. 그런데 경계성 종양에 대해서도 이러한 특칙을 그대로 적용할 것인지가 문제된다.

암보험에서 이러한 특칙이 허용되는 것은, 암은 그 치료가 끝난 후 5년간 재발하지 않아야 완쾌된 것으로 볼 수 있고, 발병하게 되면 통상적으로 90일 내에 진단확정된다는 보편적인 의료칙을 고려한 결과이다. 따라서 경계성 종양에 대해서는 이러한 의료칙이 보편적으로 적용될 수 없다면, 계약일 전후의 일정 기간 내의 진단확정을 계약의 무효사유로 할 수 없고, 보험자의 책임도 다른 질병보험에서처럼 계약성립일(제1회 보험료 납입일)부터 개시되도록 해야 할 것이다. 상피내암의 경우는 암의 경우와는 달리 제1회 보험료 납입일로부터 보험자가 책임을 지도도록 하고 있

는데, 이는 경계성 종양에 대해서도 참고할 만하다고 하겠다.

#### 바) 고지사항

계약일 이전에 피보험자가 경계성 종양의 진단확정을 받은 사실은, 계약의 무효사유가 되지 않더라도, 중요한 사실(material fact)로서 고지의무의 대상이 되고, 이를 고지하지 않거나 부실고지할 경우에는 계약의 해지사유가 될 수 있을 것이다. 왜냐하면 경계성 종양은 악성 종양(암)으로의 전이가능성이 있기 때문이다. 현재 생명보험, 질병보험 또는 암보험의 계약청약서상의 '계약전 고지의무사항'란에는 현재 및 과거의 건강상태에 대해 답변하도록 되어 있는데,<sup>14)</sup> 이에에는 경계성 종양의 진단확정받은 사실도 포함된다. 따라서 고지사항과 관련해서는 경계성 종양을 부보대상으로 추가한다고 해서 기존의 고지의무사항란에 특별한 조치를 할 필요는 없다고 본다.

## 5. 맺는 말

경계성 종양은 침윤성 악성 종양이 아니므로 암보험의 부보대상이 되지 않는다.

그러나 상피내암이 암으로의 전이가능성 때문에 부보대상으로 추가됐듯이, 경계성 종양도 암으로의 전이가능성이 현존함으로 인해 당사자가 조사·치료를 받아야 할 절실한 필요가 있다는 점을 고려하여 부보대상으로 추가하는 것이 바람직하다고 본다. 그리고 이 경우 상피내암을 암보험의 부보대상으로 추가하기로 결정을 내렸던 생명보험협회의 1996년도 제8차 이사회 의결사항을 참고할 만하다고 하겠다.

다만, 경계성 종양의 경우는 암으로의 전이가능성이 상피내암보다는 상대적으로 낮다는 점을 고려하면, 모든 암보험가입자들에게 추가보험료의 부담하에 일률적으로 경계성 종양에 대한 보험에 가입하도록 하게 하는 것보다는 그 보험보호를 원하는 사람만이 가입하도록 하게 하는 것이 보험가입자 평등대우의 면이나 보험기금 운영의 합리성의 면에서 바람직하다고 본다. 따라서 경계성 종양에 대한 보험보호는 암이나 상피내암의 경우와는 달리 암보험의 특별약관

(추가약관)으로 규정해 놓아야 할 것으로 생각한다. 또한 보험자의 책임개시나 계약무효사유에 관한 암보험에서의 특칙은 경계성 종양과 상피내암에 대해서는 적용되지 않는 것으로 해야 할 것이다. (끝)

### 참고 문헌

1. 예컨대, 난소암의 90%는 난소의 표층을 덮고 있는 세포에서 생기는 상피성종양인데, 이에는 양성 종양과 악성종양(암), 양성과 악성의 중간적 성질을 지닌 경계성종양이 있다고 한다("각종 암에 대한 정보", <http://cri.snu.ac.kr/explan-pub/gynecology/ovary-1.html> [2001.3.14]).
2. 拙稿, "告知義務 違反事實과 因果關係없는 保險事故의 延長과 保險者의 責任範圍", [生命保險] (제 251호/1999년 12월호), 生命保險協會 刊, 16쪽 이하 참조.
3. 독일질병보험 표준약관(MB/KK 94)은, 보험사고는 치료행위를 더 이상 할 필요가 없다는 의학적인 판단에 따라 치료행위를 종결할 때까지 연장된다고 규정하는 한편(제1조 제2항 제2문), 보험사고가 종결되지 않더라도(schwebend) 계약관계의 종료와 동시에 보험보호도 종료 된다고 규정하고

있다(제7조).

4. Bruck/M ller, Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, 8. Aufl., 1. Band, 1961, 21 Anm.13.
5. 생명보험 표준약관 제14조 제3항은 "계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인하여 제13조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제2호 및 제3호의 사유[재해분류표상의 제1급 내지 제6급의 장해상태]가 발생한 때에는 회사가 책임을 집니다"고 규정하고 있다(금융감독원 간, [보험상품관리규정], 2000.4, 44쪽). 물론 이 규정은 고지의무 위반을 전제로 한 것은 아니다. 그러나 고지의무 위반으로 인한 계약해지에 의해 계약의 효력이 없어지고 그 계약해지전에 진단확정된 암에 대해서 보험자가 책임을 지는 경우는, 계약이 유효한 기간 중에 보험사고가 발생하고 계약의 효력이 없어진 후에도 그 보험사고에 대해서 보험자가 책임을 지는 경우에 준한다고 하겠다. 따라서 암보험약관의 개정에는 이 생명보험 표준약관 규정을 참조할 만하다고 하겠다.
6. 악성 신생물 분류표
  - \* 약관에 규정하는 "암"은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성 신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내 장기의 악성 신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40 - C41
5. 흑색종 및 피부의 기타 악성 신생물	C43 - C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 - C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51 - C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60 - C63
10. 요로의 악성신생물	C64 - C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성 신생물	C69 - C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73 - C75
13. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 - C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81 - C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성 신생물	C97

\* 제4차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상피질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다. (<http://www.klia.or.kr/3/sp/aksung.html> [2001.3.14.] )

7. "Cancer is defined as a focal autonomous new growth of abnormal cells which has resulted in the invasion of normal tissues. Such cancer must be positively diagnosed upon the basis of a microscopic examination of fixed tissues, or preparations from the haemic system. Such diagnosis shall be based solely on the accepted criteria of malignancy after a study of the histocytologic architecture or pattern of the suspect tumour, tissue or specimen. Clinical diagnosis does not meet this standard. Cancer of the skin, except for Malignant Melanoma, and non-invasive carcinoma-in-situ shall not be included."

8. 생명보험협회 1996.12.10. 공문(생협조제 681호) 참조. 이사회 의결사항은 다음과 같다.

- ① 상피내암 추가보장 대상계약: 암에 대한 진단 급부 또는 입원급부를 보장하는 계약(단, 위암, 간암 등 특정암만을 보장하는 계약은 제외하되, 여성 특정암 보장계약은 보장함)
- ② 암보험 신상품의 처리: 1997.1.1. 이후 개발되는 신상품은 상피내암에 대한 요율반영을 통해 보장함
- ③ 기존계약자에 대한 보장: 기존계약자는 계약자 서비스 차원에서 보험료의 추가부담 없이 1997.1.1. 이후 상피내암이 발생하면 ⑤번의 보장금액기준에 의한 급여금을 지급함
- ④ 기존상품 신규가입자에 대한 보장
  - 1) 1997.1.1. 이후 기존 암보험상품의 신규계약

자는 계약자 서비스 차원에서 보험료의 추가부담 없이 ⑤번의 보장금액기준에 의한 급여금을 지급함

2) 기존상품은 1997. 3월말까지 상피내암 추가보장 내용을 약관에 반영(안내장 및 가입설계서에 포함)

⑤ 상피내암 보장금액 기준

- 1) 상피내암 진단급여금: 일반암 진단급여금의 40%를 지급. 단, 보험가입금액 1,000만원당 200만원을 최고한도로 함
- 2) 상피내암 수술급여금: 상피내암 진단급여금의 지급비율과 동일 지급
- 3) 상피내암 요양급여금: 상피내암 진단급여금의 지급비율과 동일 지급
- 4) 상피내암 입원급여금: 일반암과 동일한 급여금 지급
- 5) 상피내암 통원급여금: 일반암과 동일한 급여금 지급

⑥ 상피내암 발생 이후 보험료 처리: 상피내암 발생 이후에도 보험료 계속 납입 및 계약유지(일반암발생시에는 보험료 납입면제 처리)

⑦ 암진단 급여금 지급횟수: 일반암 진단급여금 및 상피내암 진단급여금은 각각 1회로 제한

9. 병리학적 분류방법에는 SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine) 와 ICD-O (International Classification of Disease for Oncology) 의 2가지 방법이 있는데, 전자에 의하면 경계성 종양의 분류 번호는 'M80101'로 되어 있다(<http://www.snomed.org> {2001. 3.14.}).

10. 앞의 주 8의 ②, ③, ④ 참조.

11. 위의 주 8의 ⑥ 참조.

12. 위의 주 8의 ⑤ 참조.

13. 위의 주 8의 ⑦ 참조.

14. [보험상품관리규정], 30쪽 참조.