한화 시그니처 여성 건강보험4.0

무배당2604

한화손보

약관 이 약관은 보험 소비자의 권익 보호 및 보험상품에 대한 이해 증진을 위해 「금융 소비자 보호에 관한 법률」에 의거, 내부통제 절차를 거쳐 작성한 자료입니다.

확인필–제2026–상품개발1–약관05112L–전사(26.10.20~27.10.19)
개정 2026.11.02

공정거래위원회 CCM인증

가족친화 우수기업 선정



한화손보 고객센터

1566-8000

www.hwgeneralins.com

한화손보

GET IT ON Google Play

Download on the App Store

한화손보 모바일 앱을 만나보세요!

모집질서 확립 및 신고센터 안내

보험계약 체결과 관련한 특별이익제공 행위는 보험업법에 의하여 처벌받을 수 있습니다
보험모집질서 위반행위 신고센터 **전화** 국번없이 1332 / **인터넷** www.fss.or.kr

제작 상품개발1파트 / **제작일자** 2026.11.02

한화손보

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 가이드북

보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무를 규정하고 있습니다.
특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 약관의 중요사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

한 눈에 보는 약관의 구성

1. 약관 이용 가이드북

약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 지침서

2. 약관 요약서

약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 약관을 간단 요약

3. 보험약관(주계약&특약)

보통약관 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관

특별약관 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

4. 용어해설 및 색인(索引) 등

약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률보험용어의 해설, 가나다 順 특약 색인, 관련 법류 등을 소비자에게 안내

QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하거나 사진촬영하면 상세 내용 등을 편리하게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점

약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 해당 조문, 페이지 및 영상자료 등을 안내해 드리오니,
보험회사로부터 약관을 받으신 후, 해당 내용을 반드시 확인·숙지하시기 바랍니다.

보험금 지급 및 지급제한 사항	보험금의 지급사유 보험금을 지급하지 않는 사유	

※ 고객님께서 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인할 필요가 있습니다.

청약 철회	청약의 철회	
계약 취소	약관교부 및 설명의무 등	
계약 무효	계약의 무효	
계약 前 알릴 의무 및 위반효과	· 계약 전 알릴 의무 · 알릴 의무 위반의 효과	
계약 後 알릴 의무 및 위반효과	· 상해보험계약 후 알릴 의무 · 알릴 의무 위반의 효과	
보험료 연체 및 해지	보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지	
부활(효력회복)	보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)	
해약환급금	· 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회 · 해약환급금	
보험계약대출	보험계약대출	

약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 7가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

한 눈에 보는 약관의 구성

1. 약관요약서 활용

시각화된 '약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.

2. 약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기 활용

'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.

3. 가나다 순 특약 색인을 활용

'가나다 순 특약 색인'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.

4. 예시 참고

약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관본문 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.

5. QR코드 스캔

스마트폰으로 QR코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.

6. 법규해설집 항목 활용

'약관에서 인용된 법령'항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.

7. 약관 주의깊게 확인

약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 한화손보 홈페이지(www.hwgeneralins.com), 고객상담센터(1566-8000)으로 문의

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 금융감독원 금융소비자정보 포탈(FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인

한화손보

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 요약서

보험 가입을 감사드립니다!

보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 받으셨나요?
아래의 내용을 다시 한번 확인해 보세요.

한화 시그니처 여성 건강보험4.0
무배당2604

보험회사명	한화손해보험 주식회사
보험상품명	한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604
보험의종목	장기손해보험 / 장기상해
상품의 주요특징	예상치 못한 사고, 주요질병 등 일상생활을 영위하며 발생할 수 있는 각종 위험을 든든하게 보장해 드립니다.(해당특약 가입 시)

상품명으로 보는 상품의 특징

무배당 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

건강보험 주로 질병으로 인한 입원, 수술 등의 위험을 보장하는 상품입니다.

납입면제형 납입면제 사유 발생 할 경우 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

납입후50%해약환급금지급형 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 “기본형”해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급(단, 갱신형 특별약관의 해약환급금은 100% 해당액을 지급).

건강고지형 회사에 추가 운영하는 계약전 알릴의무 항목 “현재 및 과거의 질병고지”를 통해 확인한 건강상태에 따라 동일한 보장의 일반고지형 대비 보험료 부담을 덜어주는 상품

보험금 지급제한사항

이 보험에는 면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금 등 보험금 지급제한 조건이 부가되어 있습니다. 보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

면책기간
보험금
미지급

면책기간

이 보험에는 보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)이 설정된 담보가 있을 수 있습니다.

면책기간 적용 담보 예시

구분	담보명	면책기간
암진단특약	암진단비	가입 후 90일간 보장 제외
치매진단특약	경도이상치매진단비	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외

※ 보험금 지급제한 조건에 대한 예시로 실제 가입하신 담보 또한 면책사항이 있을 수 있으니 세부내용은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

민원사례

A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암 진단비를 청구
➜ **보험회사는 보험가입 후 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내**

감액지급
50%
[1년 이내]

감액지급

이 보험에는 일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)이 되는 담보가 있을 수 있습니다.

감액지급 적용 담보 예시

구분	담보명	감액 기간 및 비율
뇌혈관질환진단특약	뇌혈관질환진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

※ 보험금 지급제한 조건에 대한 예시로 실제 가입하신 담보 또한 감액사항이 있을 수 있으니 세부내용은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

보장한도
최초 1회한

보장한도
보험금 지급한도 적용

보장한도

이 보험에는 보험금 지급 한도가 설정된 담보가 있을 수 있습니다.

보장한도 적용 담보 예시

구분	담보명	면책기간
허혈성심장질환 진단특약	허혈성심장질환 진단비	최초 1회에 한하여 보장

※ 보험금 지급제한 조건에 대한 예시로 실제 가입하신 담보의 보장한도는 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

자기부담금
차감 후 지급

자기부담금 차감

이 보험에는 일정금액 또는 일정비율의 자기부담금을 차감하고 보험금을 지급하는 담보가 있을 수 있습니다.

자기부담금을 차감하는 담보 예시

구분		담보명	자기부담금	
실손의료보험	기본형	상해급여형 질병급여형	입원	급여 본인부담금의 20%
			통원	통원1회당 의료기관별 1~2만원, 보장대상의료비의 20%와 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액
	특약형1	상해중증비급여형 질병중증비급여형	입원	비급여 의료비의 30%
			통원	통원1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
			상급병실료차액	비급여 병실료의 50%, 1일 평균 10만원 한도 보상
		중증3대비급여	근골격계이학요법치료·체외충격파치료	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
			주사료	
			자기공명영상진단	
	특약형2	상해비중증비급여형 질병비중증비급여형	입원	비급여 의료비의 50%
			통원	통원1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액
			상급병실료차액	비급여 병실료의 50%, 1일 평균 10만원 한도 보상
		비중증비급여자기공명영상진단	자기공명영상진단	1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액

※ 보험금 지급제한 조건에 대한 예시로 실제 가입하신 담보의 보장한도는 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

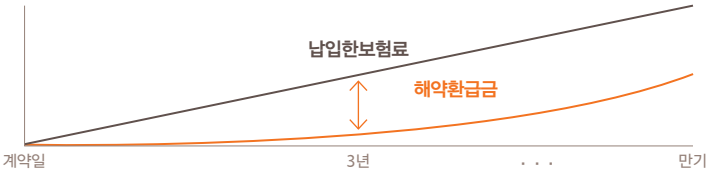
해약환급금에 관한 사항

보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

주의사항

① 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

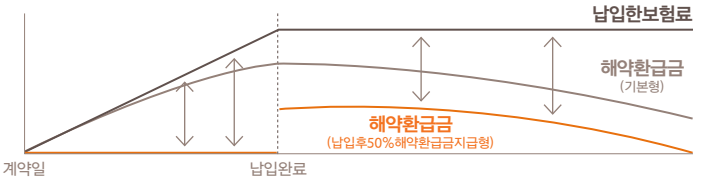
※ 해약환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용



해약환급금 0원 [납입기간 중 해지시]

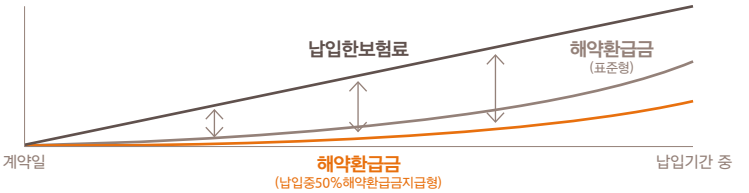
해약환급금 기본형 대비 50% [납입기간 이후 해지시]

② 납입후50%해약환급금지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 "기본형"해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

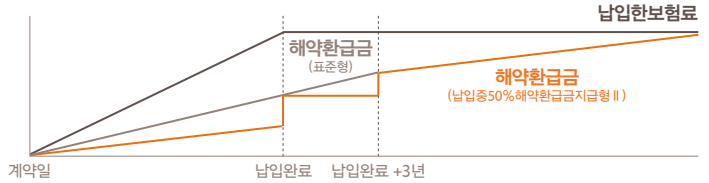


해약환급금 [납입기간 중 해지시] 표준형 대비 50%

③ 납입중50%해약환급금지급형은 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 경우 "표준형"해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.



④ 납입중50%해약환급금지급형Ⅱ은 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 경우 “표준형”해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 보험료 납입기간 및 보험료 납입 완료 시점부터 3년 미만의 기간 중 보험 계약을 해지할 경우 “표준형”해약환급금 보다 해약환급금이 적습니다.



갱신 시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 계약이 포함되어 있을 수 있습니다.

보험료갱신형

주의사항

갱신형 계약은 갱신할 때 마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신형 담보 예시

상해수술비(갱신형), 질병사망(갱신형)

실손보상형 담보

이 보험에는 실제 발생한 손해를 보상(실손보상)하는 담보가 포함되어 있을 수 있습니다.

실손형 담보
[중복가입 부적절]
중복가입 시 비례보상

주의사항

① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 중복 가입하더라도 실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다. (중복 가입 시 비례 보상)

② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.

실손보상형 담보 예시

가족일상생활중배상책임, 자동차사고대인벌금

소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성



보장성보험

주의사항

① 보장성보험은 상해, 질병보장을 주목적으로 하며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.

② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.



저축성보험

주의사항

① 저축성보험은 은행의 예·적금 및 펀드 등과 다른 상품입니다.

② 중도에 해지할 경우 원금 손실이 발생할 수 있습니다.





금리연동형보험

주의사항

① 계약자 적립액 산출에 적용되는 이율은 매월 변동 됩니다.

② 동 이율은 납입한 주계약(또는 적립) 보험료에서 계약체결, 유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.

③ 보장성보험의 최저보증이율*은 연복리 0.3%입니다.

*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

④ 저축성보험의 최저보증이율*은 경과 기간에 따라 상이합니다.

경과기간	5년 이하	5년 초과~10년 이하	10년 초과
최저보증이율	연복리 1.0%	연복리 0.75%	연복리 0.3%

*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도



유병력자보험

주의사항

① 유병력자보험은 질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.

② 일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입한 경우 불리할 수 있습니다.



예금자보호제도에 관한 사항

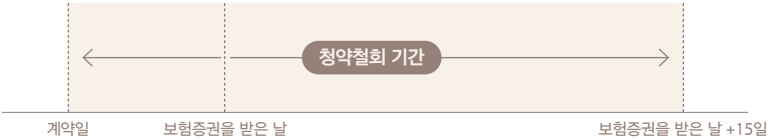
주의사항

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

보험계약 시 알아두실 사항

청약을 철회할 수 있는 권리

계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일 이내에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



청약철회가 불가한 경우

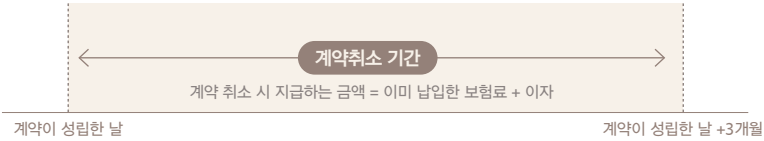
① 청약일로부터 30일(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우

② 회사가 건강상태진단을 지원하는 계약

보험계약을 취소할 수 있는 권리

보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

- 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우
- 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우
- 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



보험계약의 무효

보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

계약 전 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 청약서의 질문사항(중요사항)에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.



주의사항

① 청약서의 질문사항에 대하여 보험설계사에게만 구두로 알렸을 경우 보험계약 전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.

② 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원사례

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 OO질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구

➜ **보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

법률지식

[대법원 2007. 6. 28 선고 2006다59837]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음

계약 후 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 등은 피보험자의 직업·직무 변경 등이 발생한 경우 지체없이 보험회사에 알려야 하며, 이를 위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

보험계약 후 알릴의무

아래와 같은 변경사항이 발생한 경우 반드시 보험회사에 알려주셔야 합니다.



주의사항

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,

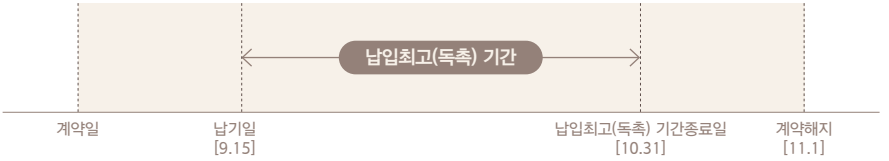
② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.

보험료 납입연체* 및 보험계약의 해지

보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, 납입최고(독촉) 기간* 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

***보험료 납입연체** 보험료 납입이 연체중인 경우
***납입최고(독촉) 기간** 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

보험계약 해지 예시



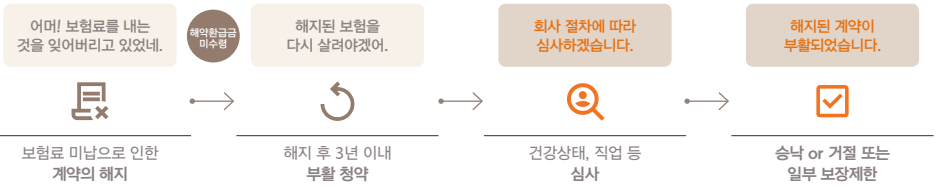
해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 해지된 날부터 3년 이내에 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

주의사항

보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

보험계약 부활 절차



보험계약대출

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

예시



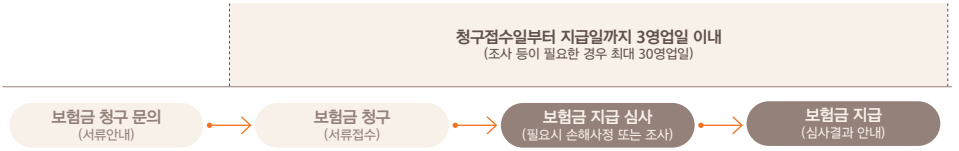
주의사항

① 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
② 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
③ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

보험금 청구절차 및 서류

보험금은 청구서류 접수일부터 3영업일 이내에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30영업일이 소요될 수 있습니다.

보험금 청구 절차



보험금 청구 서류

구분	진단서	입·퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실확인서류	공통
사망	○ (사망진단서)					청구서 신분증
장해	○ (장해진단서)					
진단	○				○ (검사결과지 등)	
입원	△	○				
수술	△		○			
실손	△	○ (입원시)	○ (수술시)	○ (통원시)		

주의사항

소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

신용정보 제공 활용에 대한 고객권리 안내문

금융서비스의 이용

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다. 또한, 한화손보의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

고객은 가입신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안별로 제공·활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로서 금융회사의 업무효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.



본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은
아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.
대표전화 1566-8000 / 홈페이지 www.hwgeneralins.com

위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 개인신용정보 관리보호인 또는 손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 신용정보 관리보호인	손해보험협회 개인정보보호담당자	금융감독원 개인정보보호담당자
(02)316-0475 서울시 영등포구 여의대로56 **한화**금융센터 **한화손보** 준법감시인	(02) 3702-8500 서울시 종로구 종로1길 50 케이트윈타워	(02) 3145-5427 서울시 영등포구 여의대로38 금융감독원 정보화전략실 정보보안팀

보험금 청구 서류

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 및 「신용정보업감독규정」 등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부내용에 대해서는 한화손보 홈페이지(www.hwgeneralins.com) 또는 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 고객상담센터 및 지점으로 신청하여 주시기 바랍니다.

신용정보 제공사실 통보 요구권(법 제35조)
고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보 요구할 수 있는 권리

신용정보 열람 및 정정요구권(법 제38조)
고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정 요구 및 정정 처리 결과에 이의가 있는 경우 금감위에 시정 요청 가능

고객은 본인 신용정보를 신용평가회사(NICE평가정보, 서울신용평가정보, 코리아크레딧뷰로 등)를 통하여 연간 일정범위 내에서 무료로 확인할 수 있습니다.

- **NICE평가정보(주)** 대표전화 **02-2122-4000** / 홈페이지 **www.niceinfo.co.kr**
- **서울신용평가정보(주)** 대표전화 **1588-4753** / 홈페이지 **www.sci.co.kr**
- **코리아크레딧뷰로(주)** 대표전화 **02-708-1000** / 홈페이지 **www.koreacb.com**

상담 및 분쟁/범죄 신고센터 안내

상담안내 및 보험분쟁조정

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 먼저 한화손보 고객상담센터로 연락하시고, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

한화손보 고객상담센터	금융감독원
1566-8000 서울시 영등포구 여의대로56(여의도동) **한화**금융센터 고객상담센터	1332 서울시 영등포구 여의대로38 금융감독원

보험모집질서 위반행위 신고센터

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

금융감독원	손해보험협회
www.fss.or.kr 1332	www.knia.or.kr 02-3702-8585

금융감독원 보험사기방지센터

금융감독원
www.fss.or.kr/fss/main/contents.do?menuNo=200524 1332 / 02-3145-5114

목 차

가입자 유의사항 ····· 25
주요내용 요약서 ····· 31
보험금 청구 구비서류 안내 ····· 35
보험금 청구절차 및 알아두실 내용 ····· 43
보험 가입부터 보험금 지급까지 ····· 45
주요 민원사례 안내 ····· 47
주요 보험용어 해설 ····· 49
주요 암보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시 ····· 51
뇌 및 심혈관 질환 위험보장 대상 질병 ····· 67
패키지 보장 구성 안내 ····· 71
종별 납입면제에 관한 사항 예시 ····· 73

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604 보통약관

[제1절. 공통조항]
제1관. 목적 및 용어의 정의 ····· 79
제1조(목적) ····· 79
제2조(용어의 정의) ····· 79

제2관. 보험금의 지급 ····· 81
제3조(보험금의 지급사유) ····· 81
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 82
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 82
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 82
제7조(보험금의 청구) ····· 82
제8조(보험금의 지급절차) ····· 82

제9조(공시이율의 적용 및 공시) ····· 83
제10조(중도인출에 관한 사항) ····· 84
제11조(만기환급금의 지급) ····· 85
제12조(보험금을 받는 방법의 변경) ····· 85
제13조(주소변경통지) ····· 85
제14조(보험수익자의 지정) ····· 85
제15조(대표자의 지정) ····· 86

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 86
제16조(계약 전 알릴 의무) ····· 86
제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 86
제18조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 87
제19조(사기에 의한 계약) ····· 88

제4관. 보험계약의 성립과 유지 ····· 88
제20조(보험계약의 성립) ····· 88
제21조(청약의 철회) ····· 89
제22조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 90
제23조(계약의 무효) ····· 91
제24조(계약내용의 변경 등) ····· 91
제25조(보험나이 등) ····· 92
제26조(계약의 소멸) ····· 92

제5관. 보험료의 납입 ····· 92
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 93
제28조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 93
제29조(보험료의 납입면제) ····· 93
제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) ····· 93
제31조(보험료의 자동대출납입) ····· 93
제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 94
제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 94
제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····· 95

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 95

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 95
제35조의2(위법계약의 해지) ····· 95
제36조(중대사유로 인한 해지) ····· 96
제37조(회사의 파산선고와 해지) ····· 96
제38조(해약환급금) ····· 96
제39조(보험계약대출) ····· 97
제40조(배당금의 지급) ····· 97

제7관. 분쟁조정 등 ····· 98
제41조(분쟁의 조정) ····· 98
제42조(관할법원) ····· 98
제43조(소멸시효) ····· 98
제44조(약관의 해석) ····· 98
제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 98
제46조(회사의 손해배상책임) ····· 98
제47조(개인정보보호) ····· 99
제48조(준거법) ····· 99
제49조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 99

[제2절. 보장조항]

1. 상해사망 보장 ····· 101
제1조(보험금의 지급사유) ····· 101
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 101
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 101
제4조(보장의 소멸) ····· 101

[제3절. 납입면제조항]
제1조(“암”의 정의 및 진단확정) ····· 103
제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정) ····· 103
제3조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정) ····· 104
제4조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정) ····· 104
제5조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정) ····· 104
제6조(“특정상해성뇌출혈”의 정의 및 진단확정) ····· 104
제7조(“입원”의 정의 및 장소) ····· 104

제8조(“중환자실”의 정의) ····· 105
제9조(“갑상선암”의 정의 및 진단확정) ····· 105
제10조(“수술”의 정의 및 장소) ····· 105
제11조(“출산”의 정의) ····· 106
제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시) ····· 106
제13조(보험료의 납입면제) ····· 106
제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) ····· 107
제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) ····· 107
제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) ····· 108
제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) ····· 109
제14조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) ····· 109
제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정) ····· 109
제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정) ····· 110

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604 특별약관

1. 상해관련 특별약관 ····· 113
1-1. 상해사망추가 특별약관 ····· 115
1-2. 상해사망(체증형) 특별약관 ····· 116
1-3. 상해50%이상후유장해 특별약관(1,2종) ····· 117
1-4. 상해80%이상후유장해 특별약관 ····· 118
1-5. 상해후유장해(3-100%), 상해후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관 ····· 119
1-6. 특정기간상해후유장해(3-100%) 특별약관 ····· 121
1-7. 통합상해진단비Ⅱ(상해부위별연간1회한) 특별약관 ····· 122
1-8. 골절(치아파절제외)진단비 특별약관 ····· 123
1-9. 골절(치아파절포함)진단비 특별약관 ····· 124
1-10. 5대골절진단비 특별약관 ····· 124
1-11. 특정기간골절(치아파절제외)진단비 특별약관 ····· 125
1-12. 화상진단비 특별약관 ····· 125
1-13. 화상진단비(표재성포함2도이상,연간1회한) 특별약관 ····· 126
1-14. 특정기간화상진단비 특별약관 ····· 126
1-15. 특정상해성뇌출혈진단비 특별약관 ····· 127
1-16. 상해수술비 특별약관 ····· 128
1-17. 상해수술비(치아파절및치아탈구제외) 특별약관 ····· 129

1-18. 상해종합병원수술비 특별약관 ····· 131
1-19. 상해상급종합병원수술비 특별약관 ····· 132
1-20. 상해1-5종수술비Ⅳ(수술1회당) 특별약관 ····· 134
1-21. 여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당) 특별약관 ····· 136
1-22. 여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당) 특별약관 ····· 137
1-23. 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관 ····· 139
1-24. 상해성뇌출혈수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 143
1-25. 상해흉터복원수술비Ⅱ, Lady여성질환치유패키지(상해흉터복원수술비Ⅱ) 특별약관 143
1-26. 상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 146
1-27. 상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 147
1-28. 상해중환자실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 147
1-29. 상해중환자실입원비(1일이상10일한도) 특별약관 ····· 148
1-30. 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 149
1-31. 상해종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 151
1-32. 상해상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 152
1-33. 상해종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 154
1-34. 상해상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 155
1-35. 간병인사용상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 157
1-36. 상해MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 159
1-37. 상해CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 160
1-38. 강력범죄발생금 특별약관 ····· 162
1-39. 상해고압산소치료비(급여,치료1회당)(갱신형) 특별약관 ····· 163

2. 질병관련 특별약관 ····· 165
2-1. 질병사망, 질병사망(연만기), 질병사망(갱신형) 특별약관 ····· 167
2-2. 질병사망(체증형) 특별약관 ····· 167
2-3. 질병사망(암(4대유사암제외)진단후보장강화) 특별약관 ····· 168
2-4. 질병50%이상후유장해 특별약관(1,2종) ····· 170
2-5. 질병80%이상후유장해 특별약관 ····· 172
2-6. 질병후유장해(3-100%), 질병후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관 ····· 173
2-7. 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비,
여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(갱신형) 특별약관 ····· 174
2-8. 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ,
여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관 ····· 184

2-9. 암(4대유사암제외)진단비, 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관 ····· 193
2-10. 암(4대유사암제외)진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 195
2-11. 4대유사암진단비, 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관 ····· 202
2-12. 4대유사암진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 205
2-13. 여성통합전이암진단비 특별약관 ····· 211
2-14. 전이암진단비 특별약관 ····· 216
2-15. 중증질환자(암(4대유사암제외))산정특례대상진단비 특별약관 ····· 218
2-16. 유방암(수용체타입)진단비,
Lady유방케어패키지(유방암(수용체타입)진단비) 특별약관 ····· 222
2-17. 유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비,
Lady유방케어패키지(유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비)
특별약관 ····· 226
2-18. 뇌혈관질환후유장해(3-100%) 특별약관 ····· 232
2-19. 뇌혈관질환진단비, 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 234
2-20. 뇌혈관질환진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 235
2-21. 주요뇌혈관질환진단비, 주요뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 241
2-22. 뇌졸중진단비, 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관 ····· 243
2-23. 뇌졸중진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 244
2-24. 뇌출혈진단비 특별약관 ····· 250
2-25. 뇌전증진단비 특별약관 ····· 251
2-26. 특정양성뇌종양진단비 특별약관 ····· 253
2-27. 통합심장질병진단비 특별약관(3,4,5종) 특별약관 ····· 254
2-28. 통합심장질병진단비Ⅱ 특별약관(1,2종) ····· 256
2-29. 허혈성심장질환진단비, 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 259
2-30. 허혈성심장질환진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 260
2-31. 주요허혈성심장질환진단비, 주요허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 267
2-32. 급성심근경색증진단비, 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관 ····· 268
2-33. 급성심근경색증진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 269
2-34. 심혈관질환진단비 특별약관(1,2종) ····· 275
2-35. 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비 특별약관(1,2종) ····· 276
2-36. 심혈관특정질환Ⅰ진단비 특별약관(3,4,5종) ····· 277
2-37. 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비 특별약관(3,4,5종) ····· 279
2-38. 심혈관특정질환Ⅱ진단비 특별약관(3,4,5종) ····· 280
2-39. 심장판막협착증(대동맥판막)진단비 특별약관 ····· 281

2-40. 심근병증진단비 특별약관 ····· 282
2-41. 천식진단비 특별약관 ····· 283
2-42. 폐렴진단비 특별약관 ····· 284
2-43. 폐렴진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 285
2-44. 패혈증진단비 특별약관 ····· 286
2-45. 패혈증진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 287
2-46. 주요폐질환진단비 특별약관 ····· 288
2-47. 주요폐질환진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 289
2-48. 외부요인으로인한폐질환진단비 특별약관 ····· 289
2-49. 외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 290
2-50. 통합갑상선질환진단및치료비 특별약관 ····· 291
2-51. Lady갑상선케어패키지(초기갑상선암진단비) 특별약관 ····· 294
2-52. Lady갑상선케어패키지(갑상선암(초기제외)진단비) 특별약관 ····· 295
2-53. Lady갑상선케어패키지(중증갑상선암진단비) 특별약관 ····· 297
2-54. Lady갑상선케어패키지(갑상선기능항진증치료(1회한,급여)) 특별약관 ····· 298
2-55. Lady갑상선케어패키지(특정갑상선기능저하증진단비) 특별약관 ····· 299
2-56. 대상포진진단비 특별약관 ····· 300
2-57. 대상포진눈병진단비 특별약관 ····· 302
2-58. 통풍진단비 특별약관 ····· 303
2-59. 골다공증진단비Ⅱ(세부보장별각1회한) 특별약관 ····· 304
2-60. 자궁내막증진단비, Lady자궁난소케어패키지(자궁내막증진단비) 특별약관 ····· 306
2-61. 중등도이상자궁경부이형성증진단비,
Lady자궁난소케어패키지(중등도이상자궁경부이형성증진단비) 특별약관 ····· 307
2-62. 요로결석진단비 특별약관 ····· 308
2-63. 조기폐경진단비 특별약관 ····· 310
2-64. 폐경후골다공증진단비 특별약관 ····· 311
2-65. 난소과다자극진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 312
2-66. 간부전진단비 특별약관 ····· 313
2-67. 급성신부전진단비 특별약관 ····· 314
2-68. 말기간경화진단비 특별약관 ····· 315
2-69. 말기폐질환진단비 특별약관 ····· 316
2-70. 말기신부전증진단비 특별약관 ····· 318
2-71. 유방절제후림프부종진단비,
Lady여성질환치유패키지(유방절제후림프부종진단비) 특별약관 ····· 319

2-72. 성대및후두의신경손상진단비,
Lady여성질환치유패키지(성대및후두의신경손상진단비) 특별약관 ····· 320
2-73. 갑상선암수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비,
Lady여성질환치유패키지(갑상선암수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비)
특별약관 ····· 321
2-74. 제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비,
Lady여성질환치유패키지(제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비)
특별약관 ····· 324
2-75. 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비(연간1억원한도) 특별약관 ····· 327
2-76. 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비(연간5천만원한도) 특별약관 ····· 335
2-77. 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)통합치료비(연간2천만원한도) 특별약관 ···· 344
2-78. 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)통합치료비(연간1천만원한도) 특별약관 ···· 350
2-79. 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A진단비(갱신형)
특별약관 ····· 356
2-80. 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B진단비(갱신형)
특별약관 ····· 357
2-81. 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A진단비(갱신형) 특별약관 ····· 358
2-82. 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B진단비(갱신형) 특별약관 ····· 359
2-83. 스트레스관련특정정신질환진단비,
스트레스관련특정정신질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 360
2-84. 스트레스관련특정정신질환진단비(90일이상처방,1회한) 특별약관 ····· 361
2-85. 특정전염병발생금 특별약관 ····· 363
2-86. 질병수술비 특별약관 ····· 363
2-87. 질병수술비(특정2대경증질병제외) 특별약관 ····· 365
2-88. 질병수술비(특정4대질병Ⅱ제외) 특별약관 ····· 367
2-89. 질병수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 369
2-90. 질병수술비(특정2대경증질병제외,수술1회당) 특별약관 ····· 371
2-91. 질병수술비(특정5대질병제외) 특별약관 ····· 374
2-92. 질병수술비(특정9대질병제외) 특별약관 ····· 376
2-93. 질병수술비(특정10대질병제외) 특별약관 ····· 378
2-94. 질병종합병원수술비 특별약관 ····· 380
2-95. 질병종합병원수술비(특정9대질병제외) 특별약관 ····· 382
2-96. 질병상급종합병원수술비 특별약관 ····· 384
2-97. 질병상급종합병원수술비(특정9대질병제외) 특별약관 ····· 386

2-98. 질병상급종합병원수술비(특정10대질병제외) 특별약관 ····· 388
2-99. 질병종합병원수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 390
2-100. 질병상급종합병원수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 393
2-101. 질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당) 특별약관 ····· 395
2-102. 여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당) 특별약관 ····· 397
2-103. 여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당) 특별약관 ····· 400
2-104. 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관 ····· 402
2-105. 124대질병수술비 특별약관 ····· 406
2-106. 7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한) 특별약관 ····· 409
2-107. 암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관 ····· 413
2-108. 암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관 ····· 415
2-109. 4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관 ····· 418
2-110. 갑상선암수술비(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 419
2-111. 유방암으로인한유방수술비,
Lady유방케어패키지(유방암으로인한유방수술비),
Lady수술치유패키지(유방암으로인한유방수술위로금) 특별약관 ····· 421
2-112. 여성생식기암으로인한자궁적출수술비(1회한),
Lady자궁난소케어패키지(여성생식기암으로인한자궁적출수술비(1회한)),
Lady수술치유패키지(여성생식기암으로인한자궁적출수술위로금(1회한)) 특별약관 424
2-113. 암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 425
2-114. 뇌혈관질환수술비(수술1회당), 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관 428
2-115. 뇌혈관질환수술비(1회한), 뇌혈관질환수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 429
2-116. 뇌졸중수술비(1회한) 특별약관 ····· 431
2-117. 허혈성심장질환수술비(수술1회당),
허혈성심장질환수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관 ····· 433
2-118. 허혈성심장질환수술비(1회한), 허혈성심장질환수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ·· 434
2-119. 급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관 ····· 436
2-120. 5대양성종양및용종(폴립)진단비 특별약관 ····· 438
2-121. 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(세부보장별각1회한)
특별약관 ····· 440
2-122. 특정8대기관양성종양및용종(폴립)수술비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 442
2-123. 특정생활질환수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 444
2-124. 난소제거수술비(수술1회당), Lady수술치유패키지(난소제거수술위로금(수술1회당)),
Lady자궁난소케어패키지(난소제거수술비(수술1회당)) 특별약관 ····· 445

2-125. 조혈모세포이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 447
2-126. 제왕절개수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 448
2-127. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한),
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관 ··· 450
2-128. 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한),
특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 457
2-129. 암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 464
2-130. 4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 467
2-131. 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(세부보장별각1회한)
특별약관 ····· 470
2-132. 하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 477
2-133. 하이클래스Ⅲ특정유사암항암방사선치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 479
2-134. 하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 480
2-135. 하이클래스Ⅲ특정유사암항암약물치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 482
2-136. 암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 483
2-137. 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당) 특별약관 ····· 486
2-138. 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당) 특별약관 ····· 488
2-139. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한) 특별약관 ····· 490
2-140. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한) 특별약관 ····· 492
2-141. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형),
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 493
2-142. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형),
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관 ····· 498
2-143. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형),
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한) 특별약관 ····· 503
2-144. 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형),
암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 특별약관 ····· 508
2-145. 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형),
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 특별약관 ····· 511
2-146. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한),
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관 ·· 513
2-147. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형),
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한) 특별약관 ····· 518
2-148. 유방암항암방사선치료비(치료1회당),

Lady유방케어패키지(유방암항암방사선치료비(치료1회당)) 특별약관 ····· 523
2-149. 유방암항암약물치료비(치료1회당),
Lady유방케어패키지(유방암항암약물치료비(치료1회당)) 특별약관 ····· 524
2-150. 여성생식기관암항암방사선치료비(치료1회당),
Lady자궁난소케어패키지(여성생식기관암항암방사선치료비(치료1회당)) 특별약관 526
2-151. 여성생식기관암항암약물치료비(치료1회당),
Lady자궁난소케어패키지(여성생식기관암항암약물치료비(치료1회당)) 특별약관 · 527
2-152. 특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한) 특별약관 ····· 530
2-153. 특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한) 특별약관 ····· 531
2-154. 유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한),
유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 532
2-155. 유방암표적항암약물허가치료비(1회한),
유방암표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 536
2-156. 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형),
갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한),
Lady갑상선케어패키지(갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한)) 특별약관 ····· 540
2-157. 2대질병특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 545
2-158. 경증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 547
2-159. 중등증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 548
2-160. 중증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 550
2-161. 중등증Ⅱ순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 552
2-162. 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(요양병원제외,각연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 554
2-163. 2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관성형수술비(연간1회한,급여) 특별약관 ·· 556
2-164. 혈전제거치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 558
2-165. 뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 560
2-166. 뇌졸중혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 561
2-167. 뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 562
2-168. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 563
2-169. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 564
2-170. 특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한),
Lady유방케어패키지(특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한)) 특별약관 ····· 565
2-171. 갑상선바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여),
Lady갑상선케어패키지(갑상선바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여))
특별약관 ····· 566

2-172. 유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여),
Lady유방케어패키지(유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)) 특별약관 ···· 567
2-173. 자궁근종고강도초음파집속술(HIFU)치료비(1회한),
Lady자궁난소케어패키지(자궁근종고강도초음파집속술(HIFU)치료비(1회한))
특별약관 ···· 568
2-174. 특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ···· 570
2-175. 관상동맥성형술치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ···· 571
2-176. 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ···· 573
2-177. 특정여성생식기탈출치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ···· 574
2-178. 식사장애입원직접치료비(4일이상,연간1회한)(갱신형) 특별약관 ···· 576
2-179. 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책,연간1회한)(갱신형) 특별약관 ···· 578
2-180. 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ···· 579
2-181. 질병입원비(1일이상180일한도,임신및출산포함) 특별약관 ···· 581
2-182. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ···· 582
2-183. 질병중환자실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ···· 584
2-184. 질병중환자실입원비(1일이상10일한도) 특별약관 ···· 585
2-185. 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ···· 587
2-186. 질병상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ···· 589
2-187. 질병종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ···· 591
2-188. 질병상급종합병원2~3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ···· 593
2-189. 질병종합병원2~3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ···· 595
2-190. 간병인사용질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 특별약관 ···· 597
2-191. 특정생활질환입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ···· 600
2-192. 암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도) 특별약관 601
2-193. 암(4대유사암포함)요양병원입원비Ⅱ(1일이상90일한도) 특별약관 ···· 604
2-194. 독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ···· 607
2-195. 암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관 ···· 608
2-196. 암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비 특별약관 ···· 610
2-197. 뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관 ···· 613
2-198. 허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관 ···· 614
2-199. 질병MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ···· 615
2-200. 질병CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ···· 616
2-201. 유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한),
유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한)(갱신형),

Lady유방케어패키지(유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한)) 특별약관 ···· 618
2-202. 특정수면검사(수면다원,다중수면잠복기)지원비(연간1회한,급여)(갱신형) 특별약관 620
2-203. 출산지원금(세부보장별각1회한),
출산지원금(세부보장별각1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 622
2-204. 임신지원금(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 624
2-205. 착상확률개선검사비(PGT-A)(1회한,기혼자용)(갱신형) 특별약관 ····· 626
2-206. 치료에의한폐경진단비 특별약관 ····· 630
2-207. 난임치료후산후관리지원금(1회한,기혼자용)(갱신형) 특별약관 ····· 632
2-208. 난임진단비(미혼자용)(갱신형), 난임진단비(기혼자용)(갱신형) 특별약관 ····· 636
2-209. 난임치료비Ⅱ(급여인공수정,3회한,기혼자용)(갱신형) ····· 638
2-210. 난임치료비Ⅱ(급여체외수정,5회한,기혼자용)(갱신형) ····· 642
2-211. 통합정신질환및스트레스관련질병진단비(갱신형) 특별약관 ····· 646
2-212. 특정질병종합병원로봇수술비(각연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 650
2-213. 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관(1,2,3,4종) ····· 653
2-214. 보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환) 특별약관(3,4종) 656

3. 상해 및 질병 관련 특별약관 ····· 659
3-1. 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 661
3-2. 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 663
3-3. 통합뇌관련질환진단비 특별약관 ····· 665
3-4. 추간판장애진단비 특별약관 ····· 668
3-5. 추간판장애수술비 특별약관 ····· 669
3-6. 관절증(엉덩,무릎)수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 671
3-7. 5대장기이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 672
3-8. 각막이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 673
3-9. 유방절제수술비(1회한) 특별약관 ····· 674
3-10. 창상봉합술치료발생금(안면부제외,1일1회,연간3회한,급여) 특별약관 ····· 675
3-11. 깁스치료비 특별약관 ····· 676
3-12. 응급실내원치료비(응급) 특별약관 ····· 677
3-13. 상해통합치료비(고급형), 상해통합치료비(일반형),
상해통합치료비(실속형) 특별약관 ····· 678
3-14. 입원생활비(연간180일한도) 특별약관 ····· 691
3-15. 자녀돌봄지원금포함입원생활비(각연간180일한도) 특별약관 ····· 693
3-16. 종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관 ····· 700
3-17. 상급종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관 ····· 703

3-18. 입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관 ····· 705
3-19. 종합병원입원생활비(연간181일이상) 특별약관 ····· 706
3-20. 종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관 ····· 709
3-21. 상급종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관 ····· 711
3-22. 간병인사용입원지원금(간병인사용금액연간200만원이상) 특별약관 ····· 714
3-23. 상해및질병통합치료비(연간4천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(연간3천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관 ····· 717
3-24. 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(연간3천만원한도)(갱신형),
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관 734
3-25. 상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간3천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간2천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관 ····· 753
3-26. 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(입원및수술)(연간2천만원한도)(갱신형),
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(입원및수술)(연간1천만원한도)(갱신형)
특별약관 ····· 760
3-27. 상해및질병통합치료비(검사및주요치료)(연간3천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(검사및주요치료)(연간2천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(검사및주요치료)(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관 ····· 768
3-28. 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(검사및주요치료)
(연간2천만원한도)(갱신형),
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(검사및주요치료)
(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관 ····· 781
3-29. 상해및질병통합종합병원수술비(급여전신마취시간당(3시간이상))(갱신형) 특별약관 795
3-30. 상해및질병통합상급종합병원수술비(급여전신마취시간당(3시간이상))(갱신형)
특별약관 ····· 798
3-31. 통합근골격계질환진단및치료비(갱신형) 특별약관 ····· 801
3-32. 주요산정특례치료소득지원수당(월간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 808
3-33. 주요산정특례(암제외)치료소득지원수당(월간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 818
3-34. 특정산정특례치료소득지원수당(월간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 826
3-35. 보험료납입면제대상보장(6대사유) 특별약관(1종) ····· 833
3-36. 보험료납입면제대상보장(8대사유Ⅱ) 특별약관(2종) ····· 839
3-37. 보험료납입면제대상보장(4대사유Ⅱ) 특별약관(3종) ····· 847
3-38. 보험료납입면제대상보장(6대사유Ⅱ) 특별약관(4종) ····· 850

3-39. 보장보험료100%납입지원(상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해)
특별약관(3,4종) ····· 855
3-40. 보장보험료100%납입지원
(상해/질병50%이상후유장해,뇌혈관/허혈성심장특정질환) 특별약관(3,4종) ····· 859

4. 비용손해 관련 특별약관 ····· 865
4-1. 성폭력피해발생금(친족제외) 특별약관 ····· 867
4-2. 카메라등이용·촬영성폭력범죄발생금 특별약관 ····· 868
4-3. 민사소송법률비용Ⅱ(실손)(갱신형),
법률비용패키지(민사소송법률비용Ⅱ(실손)(갱신형)) 특별약관 ····· 855
4-4. 행정소송법률비용(실손)(갱신형),
법률비용패키지(행정소송법률비용(실손)(갱신형)) 특별약관 ····· 861
4-5. 가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형),
법률비용패키지(가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형)) 특별약관 ···· 867
4-6. 출산후산후조리원비용(실손)(14일한도)(갱신형) 특별약관 ····· 888
4-7. 교육활동침해피해발생금 특별약관 ····· 891
4-8. 교직원아동학대형사소송변호사선임비용(실손) 특별약관 ····· 892
4-9. 교원소청변호사선임비용(실손) 특별약관 ····· 894

5. (독립특별약관) 무배당 가족일상생활중배상책임Ⅳ(갱신형) 특별약관 ····· 901
가족일상생활중배상책임Ⅳ(대물20만원(누수50만원)공제,누수90일면책)(갱신형) 특별약관 921

6. (독립특별약관) 무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관 ····· 925
간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 ····· 945
상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관 ····· 949
간병인지원질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 ····· 951
질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관 ····· 955

7. (독립특별약관) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 959
암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 977
갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 980
자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 982

8. (독립특별약관) 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 ····· 989

암(4대유사암제외)진단후특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(진단후10년,연간1회한)
특별약관 ····· 1009
특정유사암진단후특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(진단후10년,연간1회한)
특별약관 ····· 1014
암(4대유사암제외)진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한)
특별약관 ····· 1018
특정유사암진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한)
특별약관 ····· 1023
하이클래스Ⅰ암(특정유사암포함)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관 ····· 1027
하이클래스Ⅰ암(특정유사암포함)항암약물치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관 ····· 1033
암(특정유사암포함)후유장해(3-100%) 특별약관 ····· 1037
암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한) 특별약관 ····· 1040
암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관 ····· 1042
4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관 ····· 1046
암(4대유사암제외)특정치료비(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(각연간1회한))
특별약관 ····· 1049
4대유사암특정치료비(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(각연간1회한) 특별약관 ····· 1052
암(4대유사암제외)특정치료생활비(종합병원)(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관 ····· 1055
4대유사암특정치료생활비(종합병원)(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관 ····· 1060
하이클래스Ⅱ암(특정유사암포함)특정치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 1064
암검사및치료비 특별약관 ····· 1068
암진단및치료비 특별약관 ····· 1075
암(4대유사암제외)복합치료생활비(상급종합병원)(연간1회한) 특별약관 ····· 1083
4대유사암복합치료생활비(상급종합병원)(연간1회한) 특별약관 ····· 1086
암(4대유사암제외)복합치료생활비(상급종합병원)(연간특정치료2회,3회및4회이상)
특별약관 ····· 1088
4대유사암복합치료생활비(상급종합병원)(연간특정치료2회,3회및4회이상) 특별약관 ····· 1093
비급여(전액본인부담급여포함)암(특정유사암포함)복합치료생활비(종합병원)(연간1회한)
특별약관 ····· 1097
비급여(전액본인부담급여포함)암(특정유사암포함)복합치료생활비(종합병원)
(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관 ····· 1101
비급여(전액본인부담급여포함)암특정주요치료비Ⅱ(각연간1회한) 특별약관 ····· 1106
주요순환계질환Ⅰ복합치료생활비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한)
특별약관 ····· 1117

주요순환계질환Ⅰ복합치료생활비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)
(연간특정치료2회,3회및4회이상) 특별약관 ····· 1119
비급여(전액본인부담급여포함)암(4대유사암제외)특정치료비(각연간1회한) 특별약관 ····· 1123
비급여(전액본인부담급여포함)특정유사암특정치료비(각연간1회한) 특별약관 ····· 1126
비급여(전액본인부담급여포함)암특정주요치료비(각연간1회한) 특별약관 ····· 1129
전이암특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관 ····· 1140
전이암특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(각연간1회한) ····· 1143
특별약관 ····· 1143
2대질병특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관 ····· 1146
경증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관 ··· 1148
중등증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관 1149
중증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관 ··· 1151
중등증Ⅱ순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한)
특별약관 ····· 1153
주요순환계질환Ⅰ특정치료비(요양병원제외,각연간1회한) 특별약관 ····· 1155
주요순환계질환Ⅰ특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(각연간1회한)
특별약관 ····· 1158
주요순환계질환Ⅰ특정치료생활비(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관 ····· 1160
주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비 특별약관 ····· 1163
주요순환계질환Ⅰ검사및치료비 특별약관 ····· 1166

9. (독립특별약관) 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 ····· 1213

간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관 ····· 1233
간병인사용입원생활비(요양병원,연간180일한도) 특별약관 ····· 1235
간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관 ····· 1238
간병인사용입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관 ····· 1239
간병인사용입원생활비(요양병원,연간181일이상) 특별약관 ····· 1242
간호간병통합서비스입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관 ····· 1244
간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관 ····· 1246
간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원,연간180일한도) 특별약관 ····· 1248
간병인사용입원생활비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관 ····· 1251
간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원,연간181일이상) 특별약관 ····· 1253
간병인사용입원생활비(상급종합병원,연간180일한도) 특별약관 ····· 1255
암(특정유사암포함)간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) ····· 1258

특별약관 ····· 1258
주요순환계질환 I 간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관 ····· 1261

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604 제도성 특별약관

1. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관 ····· 1271
2. 보험료자동납입 특별약관 ····· 1271
3. 대리청구인 지정 서비스 특별약관 ····· 1272
4. 전자서명 특별약관 ····· 1274
5. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관 ····· 1274
6. 보장특약 자동갱신 특별약관 ····· 1275
7. 특정신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 1277
8. 보험소비자 민생안정 보험료 납입유예 특별약관 ····· 1278
9. 가입 후 무사고 고객 계약전환Ⅱ 특별약관 ····· 1281
10. 특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관 ····· 1284
11. 난자동결보존시술비 선지급 특별약관 ····· 1284
12. 난임치료 관련 보장 예약가입 특별약관 ····· 1287
13. 가정폭력등으로인한 법률비용 예약가입 특별약관 ····· 1288
14. 출산육아휴직 보험료 납입유예 특별약관 ····· 1290
15. 플러스 보장 연장 특별약관 ····· 1293

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604 별표 및 부록

【별표1】 장해분류표 ····· 1297
〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 ····· 1316
【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 1317
【별표3】 통합상해분류표 ····· 1319
【별표4】 골절(치아파절제외) 분류표 ····· 1322
【별표5】 골절 분류표 ····· 1323
【별표6】 5대골절 분류표 ····· 1324
【별표7】 화상 분류표 ····· 1324
【별표8】 특정상해성뇌출혈 분류표 ····· 1325
【별표9】 상해성뇌출혈 분류표 ····· 1325
【별표10】 1-5종수술 분류표 ····· 1326
【별표11】 여성생애1-5종수술 분류표 ····· 1332
【별표12】 여성생애주요1-5종수술 분류표 ····· 1337

【별표13】 1-8종수술 및 시술 분류표 ····· 1339
【별표14】 악성신생물 분류표 ····· 1359
【별표15】 제자리신생물 분류표 ····· 1360
【별표16】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 1360
【별표17】 본인일부부담금 산정특례 암(4대유사암제외)질환 ····· 1361
【별표18】 뇌혈관질환 분류표 ····· 1362
【별표19】 주요뇌혈관질환 분류표 ····· 1362
【별표20】 뇌혈관특정질환 분류표 ····· 1363
【별표21】 뇌졸중 분류표 ····· 1363
【별표22】 뇌출혈 분류표 ····· 1363
【별표23】 뇌전증 분류표 ····· 1364
【별표24】 특정양성뇌종양 분류표 ····· 1364
【별표25】 허혈성심장질환 분류표 ····· 1365
【별표26】 주요허혈성심장질환 분류표 ····· 1365
【별표27】 허혈성심장특정질환 분류표 ····· 1366
【별표28】 급성심근경색증 분류표 ····· 1366
【별표29】 심혈관특정질환Ⅰ 분류표 ····· 1367
【별표30】 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외) 분류표 ····· 1367
【별표31】 심혈관특정질환Ⅱ 분류표 ····· 1368
【별표32】 심혈관질환 분류표 ····· 1369
【별표33】 심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표 ····· 1369
【별표34】 심장판막협착증(대동맥판막) 분류표 ····· 1370
【별표35】 심근병증 분류표 ····· 1370
【별표36】 대상포진 분류표 ····· 1371
【별표37】 대상포진눈병 분류표 ····· 1371
【별표38】 통풍 분류표 ····· 1371
【별표39】 조기폐경 분류표 ····· 1372
【별표40】 폐경후골다공증 분류표 ····· 1372
【별표41】 간부전 분류표 ····· 1373
【별표42】 급성신부전 분류표 ····· 1373
【별표43】 특정전염병 분류표 ····· 1374
【별표44】 특정5대질병 분류표 ····· 1375
【별표45】 특정9대질병 분류표 ····· 1377
【별표46】 124대질병 분류표 ····· 1379

【별표47】 7대기관질병 분류표 ····· 1388
【별표48】 유방수술 분류표 ····· 1389
【별표49】 자궁적출수술 분류표 ····· 1389
【별표50】 제왕절개수술 분류표 ····· 1389
【별표51】 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립) 분류표 ····· 1390
【별표52】 급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립) 수술 분류표 ····· 1391
【별표53】 급여 항암방사선치료 분류표 ····· 1393
【별표54】 급여 항암약물 분류표 ····· 1395
【별표55】 카티(CAR-T) 보장 대상 악성신생물 분류표 ····· 1395
【별표56】 2대주요기관질병 분류표 ····· 1396
【별표57】 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술 분류표 ····· 1397
【별표58】 특정심장질환 분류표 ····· 1398
【별표59】 급여 뇌졸중 혈전제거술 분류표 ····· 1398
【별표60】 급여 특정심장질환 혈전제거술 분류표 ····· 1398
【별표61】 여성 특정유방질환 분류표 ····· 1399
【별표62】 급여 갑상선바늘생검조직병리검사 분류표 ····· 1399
【별표63】 급여 유방바늘생검조직병리검사 분류표 ····· 1399
【별표64】 자궁근종 분류표 ····· 1400
【별표65】 특정뇌동맥질환 분류표 ····· 1400
【별표66】 급여 혈관색전술 분류표 ····· 1401
【별표67】 급여 관상동맥성형술 분류표 ····· 1401
【별표68】 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표 ····· 1402
【별표69】 독감(인플루엔자) 분류표 ····· 1403
【별표70】 추간판장애 분류표 ····· 1403
【별표71】 관절증(엉덩,무릎) 분류표 ····· 1404
【별표72】 유방절제수술 분류표 ····· 1404
【별표73】 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표 ····· 1405
【별표74】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 ····· 1406
【별표75】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 ····· 1407
【별표76】 본인일부부담금 산정특례 심장질환 ····· 1408
【별표77】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술 ····· 1409
【별표78】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분 ····· 1411
【별표79】 본인일부부담금 산정특례 중증화상 ····· 1412
【별표80】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술 ····· 1413

【별표81】 본인일부부담금 산정특례 특정 희귀질환 ····· 1413
【별표82】 본인일부부담금 산정특례 특정 중증난치질환 ····· 1415
【별표83】 특정산정특례질환 분류표 ····· 1417
【별표84】 급여 갑상선절제술 분류표 ····· 1421
【별표85】 특정2대경증질병 분류표 ····· 1422
【별표86】 특정4대질병Ⅱ 분류표 ····· 1422
【별표87】 치아파절 및 치아탈구 분류표 ····· 1423
【별표88】 특정10대질병 분류표 ····· 1424
【별표89】 천식 분류표 ····· 1426
【별표90】 폐렴 분류표 ····· 1426
【별표91】 패혈증 분류표 ····· 1427
【별표92】 주요폐질환 분류표 ····· 1427
【별표93】 외부요인으로인한폐질환 분류표 ····· 1428
【별표94】 경증순환계질환 분류표 ····· 1429
【별표95】 중등증순환계질환 분류표 ····· 1430
【별표96】 중증순환계질환 분류표 ····· 1431
【별표97】 중등증Ⅱ순환계질환 분류표 ····· 1432
【별표98】 통합심장질병 분류표 ····· 1433
【별표99】 통합심장질병Ⅱ 분류표 ····· 1434
【별표100】 갑상선기능항진증 분류표 ····· 1435
【별표101】 특정갑상선기능저하증 분류표 ····· 1435
【별표102】 자궁내막증 분류표 ····· 1435
【별표103】 중등도이상자궁경부이형성증 분류표 ····· 1436
【별표104】 요로결석 분류표 ····· 1436
【별표105】 난소과다자극 분류표 ····· 1436
【별표106】 성대및후두장해 분류표 ····· 1437
【별표107】 비대성흉터(켈로이드포함) 분류표 ····· 1437
【별표108】 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A 분류표 ····· 1438
【별표109】 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B 분류표 ····· 1438
【별표110】 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A 분류표 ····· 1439
【별표111】 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B 분류표 ····· 1439
【별표112】 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청) 분류표 ····· 1439
【별표113】 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제 분류표 ····· 1440
【별표114】 스트레스관련특정정신질환 분류표 ····· 1441

【별표115】 뇌경색증 분류표 ····· 1442
【별표116】 특정여성생식기탈출 분류표 ····· 1442
【별표117】 식사장애 분류표 ····· 1442
【별표118】 임신, 출산 및 산후기 질병 분류표 ····· 1443
【별표119】 난임 분류표 ····· 1443
【별표120】 여성생식기암 분류표 ····· 1444
【별표121】 유방절제후림프부종 분류표 ····· 1444
【별표122】 특정급성심근경색증 분류표 ····· 1444
【별표123】 통합뇌관련질환 분류표 ····· 1445
【별표124】 골다공증 분류표 ····· 1446
【별표125】 갑상선,여성생식기질환(일반질환A) 분류표 ····· 1446
【별표126】 여성생식기질환(일반질환B) 분류표 ····· 1447
【별표127】 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C) 분류표 ····· 1447
【별표128】 특정유방질환(유사암) 분류표 ····· 1448
【별표129】 특정유방질환(일반질환) 분류표 ····· 1448
【별표130】 특정갑상선질환(유사암) 분류표 ····· 1448
【별표131】 특정갑상선질환(일반질환) 분류표 ····· 1449
【별표132】 특정여성생식기질환(유사암) 분류표 ····· 1449
【별표133】 특정여성생식기질환(일반질환) 분류표 ····· 1450
【별표134】 말기폐질환 분류표 ····· 1451
【별표135】 말기신부전증 분류표 ····· 1451
【별표136】 치료에의한폐경 분류표 ····· 1452
【별표137】 유산 분류표 ····· 1452
【별표138】 사산 분류표 ····· 1452
【별표139】 주요순환계질환Ⅰ 분류표 ····· 1453
【별표140】 특정 신체부위·질병 분류표 ····· 1455
【별표141】 5대양성종양및용종(폴립) 분류표 ····· 1459
【별표142】 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함) 1-4종 분류표 ····· 1460
【별표143】 자궁및난소특정질환 분류표 ····· 1462
【별표144】 급여 골밀도검사 분류표 ····· 1462
【별표145】 급여 수혈진료행위 분류표 ····· 1463
【별표146】 급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 분류표 ····· 1464
【별표147】 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 분류표 ····· 1464
【별표148】 급여 저체온요법치료 분류표 ····· 1464

【별표149】 급여 부분체외순환치료 분류표 ····· 1465
【별표150】 전신마취 의료행위 분류표 ····· 1465
【별표151】 급여 안면부창상봉합술 분류표 ····· 1466
【별표152】 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표 ····· 1467
【별표153】 급여 고압산소요법치료 분류표 ····· 1468
【별표154】 정신질환 분류표 ····· 1468
【별표155】 급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 분류표 ····· 1470
【별표156】 급여 특정시술치료(신경차단) 분류표 ····· 1472
【별표157】 급여 특정시술치료(도수정복) 분류표 ····· 1473
【별표158】 무릎관절연골손상 분류표 ····· 1474
【별표159】 관절질환 분류표 ····· 1474
【별표160】 척추질환 분류표 ····· 1475
【별표161】 특정 화상처치 분류표 ····· 1476
【별표162】 특정 깁스치료 분류표 ····· 1476
【별표163】 특정 재활치료 분류표 ····· 1477
【별표164】 정신질환치료제 분류표 ····· 1477
【별표165】 내분비및소화계질환 분류표 ····· 1479
【별표166】 전립선,방광및기타질환 분류표 ····· 1480
【별표167】 자궁및난소질환 분류표 ····· 1481
【별표168】 본인일부부담금 산정특례 암질환 ····· 1481
【별표169】 특정생활질환 분류표 ····· 1482
【부 록】 약관에서 인용된 법령 ····· 1483

가나다순 특별약관 색인 ····· 1557

가입자 유의사항

[보험계약 관련 특히 유의할 사항]

Ⅰ. 보험계약관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴 의무 위반

☑ 과거 질병 치료사실 등을 사실대로 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수도 있습니다.

☑ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써만 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.

☑ 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 부활(효력회복)

☑ 부활(효력회복)계약의 "암"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 4대유사암 및 특정유사암의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
또한, 유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비, Lady유방케어패키지(유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비), 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형), 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한), 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비, 암(4대유사암제외)진단비(출산후5년보장강화), 4대유사암진단비(출산후5년보장강화), 암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한)(갱신형), (독립특별약관)무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형), (독립특별약관)무배당다빈치로봇수술비(갱신형), (독립특별약관)무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 (독립특별약관)무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관의 경우 해당 특별약관을 따릅니다.

☑ 부활(효력회복)계약의 요로결석진단비, 난소과다자극진단비(연간1회한)(갱신형), 난임치료후산후관리지원금(1회한,기혼자용)(갱신형), 난임진단비(미혼자용)(갱신형), 난임진단비(기혼자용)(갱신형), 난임치료비Ⅱ(급여인공수정,3회한,기혼자용)(갱신형), 난임치료비Ⅱ(급여체외수정,5회한,기혼자용)(갱신형), 제왕절개수술비(수술1회당), 제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비, 출산지원금(세부보장별각1회한), 출산지원금(세부보장별각1회한)(갱신형), 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도), 임신지원금(1회한)(갱신형), 출산후산후조리원비용(실손)(14일한도)(갱신형), 착상확률개선검사비(PGT-A)(1회한,기혼자용)(갱신형)의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

☑ 부활(효력회복)계약의 추간판장애진단비, 중등도이상자궁경부이형성증진단비, Lady자궁난소케어패키지(중등도이상자궁경부이형성증진단비)의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

3. 건강보험

☑ 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

4. 배상책임 관련 보장

☑ 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

☑ 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

5. 갱신형 보장

☑ 갱신형 특별약관 보험기간은 3년, 10년 또는 20년만기로, 최초가입 후 3년, 10년 또는 20년마다 갱신을 통해 보통약관 만기시까지(100/90/80세) 보장받을 수 있습니다. 단, 아래의 갱신형 특별약관은 가입가능한 보험기간 또는 보장기간 종료일은 다음과 같습니다.

구분	보험기간	보장종료일
출산지원금(세부보장별각1회한)(갱신형), 난임진단비(미혼자용)(갱신형), 난임진단비(기혼자용)(갱신형), 난소과다자극진단비(연간1회한)(갱신형), 출산후산후조리원비용(실손)(14일한도)(갱신형)	3년 또는 10년	피보험자의 보험나이 48세 계약해당일 (단, 난임치료 관련 보장 예약가입 특별약관을 통해 가입을 예약한 경우에는 특약개시해당일)
임신지원금(1회한)(갱신형), 난임치료비Ⅱ(급여인공수정,3회한,기혼자용)(갱신형), 난임치료비Ⅱ(급여체외수정,5회한,기혼자용)(갱신형), 착상확률개선검사비(PGT-A)(1회한,기혼자용)(갱신형), 난임치료후산후관리지원금(1회한,기혼자용)(갱신형)	3년 또는 5년	
스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A진단비(갱신형), 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B진단비(갱신형), 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책,연간1회한)(갱신형)	3년 또는 10년	보통약관 만기
특정질병종합병원로봇수술비(각연간1회한)(갱신형)	3년 또는 5년	보통약관 만기

☑ 독립특별약관의 경우 다음 중 계약자가 선택한 기간을 갱신주기로 하여, 최초가입 후 매 갱신주기마다 갱신을 통해 보통약관의 만기시까지(100세/90세/80세) 보장받을 수 있습니다.

독립특별약관	갱신특약의 갱신주기	독립특별약관의 갱신주기
간병인지원 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관 간병인지원 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관	3년	3년
	10년, 20년	5년, 10년
암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	3년	3년
	10년	10년
	20년	20년
가족일상생활중배상책임Ⅳ(대물20만원(누수50만원)공제,누수90일면책)(갱신형)	3년	3년
	10년	5년
	20년	

☑ 갱신시 갱신일 현재의 기초율을 적용하여 갱신보험료를 계산합니다. 그 보험료는 나이의 증가, 기초율의 변동 등의 사유로 인상 또는 인하될 수 있습니다.

☑ 갱신형 특별약관의 보험료가 인상될 경우 적립보험료 또는 적립부분 계약자적립액에서 대체납입되지 않으며, 보험료 인상분은 반드시 추가납입하셔야 계약이 정상 유지됩니다.

6. 보험료 납입면제에 관한 사항

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

☑ 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하고 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.

- "암"의 납입면제보장개시일 이후 "암"으로 진단확정된 경우("기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 제외)
- "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우
- "허혈성심장질환"으로 진단확정된 경우
- 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- "갑상선암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술한 경우

☑ 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 다음에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후 1년간 보장보험료 납입을 최초 1회에 한하여 면제하고 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.
- "출산"의 납입면제보장개시일 이후 "출산"한 경우

☑ 다만, 갱신형 특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관, 독립특별약관(단, 무배당 상해 및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외) 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

☑ 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 "보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지" 조항에 따라 해지될 수 있습니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

☑ 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하고 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.
- "암"의 납입면제보장개시일 이후 "암"으로 진단확정된 경우("기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 제외)
- "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우
- "허혈성심장질환"으로 진단확정된 경우
- 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- "갑상선암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술한 경우
- 상해로 "중환자실"에 2일이상 입원하여 치료를 받은 경우
- 질병으로 "중환자실"에 2일이상 입원하여 치료를 받은 경우

☑ 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 다음에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후 1년간 보장보험료 납입을 최초 1회에 한하여 면제하고 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.
- "출산"의 납입면제보장개시일 이후 "출산"한 경우

☑ 다만, 갱신형 특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관, 독립특별약관(단, 무배당 상해 및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외) 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

☑ 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 "보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지" 조항에 따라 해지될 수 있습니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】

☑ 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하고 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.
- 납입면제보장개시일 이후 "암"으로 진단확정된 경우("기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 제외)
- "뇌졸중"으로 진단확정된 경우
- "급성심근경색증"으로 진단확정된 경우
- "특정상해성뇌출혈"으로 진단확정된 경우

☑ 다만, 갱신형 특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관, 보장보험료100%납입지원(상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해), 보장보험료100%납입지원(상해/질병50%이상후유장해,뇌

혈관/허혈성심장특정질환), 보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환), 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외) 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

☑ 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 "보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지" 조항에 따라 해지될 수 있습니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

☑ 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하고 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.

- 납입면제보장개시일 이후 "암"으로 진단확정된 경우("기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 제외)
- "뇌졸중"으로 진단확정된 경우
- "급성심근경색증"으로 진단확정된 경우
- 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- "특정상해성뇌출혈"으로 진단확정된 경우

☑ 다만, 갱신형 특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관, 보장보험료100%납입지원(상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해), 보장보험료100%납입지원(상해/질병50%이상후유장해,뇌혈관/허혈성심장특정질환), 보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환), 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외) 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

☑ 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 "보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지" 조항에 따라 해지될 수 있습니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

해당사항 없음

Ⅱ. 해약환급금 관련 유의사항

☑ 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

☑ 2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형) 계약은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 상품 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.

☑ 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형) 계약은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 상품 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.

☑ 회사는 계약자가 2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형) 가입시 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

☑ 회사는 계약자가 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형) 가입시 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

☑ 회사는 계약자가 5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형) 가입시 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

☑ 표준형 상품이란 보험료 산출 시 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장의 상품으로 실제 판매하지 않는 상품을 말합니다.
☑ 독립특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다. 다만, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관는 해당 독립특별약관을 따릅니다.

[보험금 지급관련 특히 유의할 사항]

1. 암 관련 보장

☑ 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 4대유사암 및 특정유사암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급합니다.
또한, 유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비, Lady유방케어패키지(유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비), 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형), 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한), 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비, 암(4대유사암제외)진단비(출산후5년보장강화), 4대유사암진단비(출산후5년보장강화), 암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한)(갱신형), (독립특별약관)무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형), (독립특별약관)무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 (독립특별약관)무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관의 경우 해당 특별약관을 따릅니다.
☑ 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 1년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
☑ 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
☑ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(제9차 개정 한국표준질병·사인분류 분류표의 분류번호 C77~C80)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 특정질병 관련 보장

☑ 암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 열거되어 있는 질병에 한하여 보험금을 지급합니다.

3. 수술 관련 보장

☑ 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등)에는 보험금을 지급하지 않습니다.

4. 입원 관련 보장

☑ 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5. 상해 관련 보장

☑ 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

6. 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

☑ 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로
기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명
계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 자필서명을 대체할 수 있습니다.

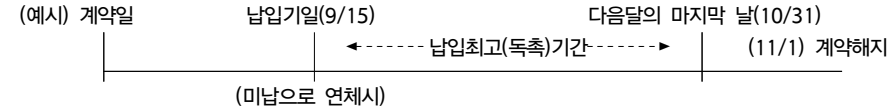
2. 청약철회
1) 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액. 이하 같습니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
2) 위 1)에도 불구하고, 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소
청약할 때 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리고 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체관련)
다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1) 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않으며 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2) 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3) 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 2)의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체 관련)
이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항
1) 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우 회사는 납입최고(독촉)기간(보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날)을 정하여 납입을 유예하며, 해당 기간이 끝나는 날까지 연체보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.



2) 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

1) 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.
2) 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 계약내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

8. 중도인출

【1종(납입면제 강화형,기본형), 3종(납입면제형,기본형)】을 가입한 경우에 한함

회사는 보장개시일부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해약환급금(단, 보통약관의 해약환급금이 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해약환급금을 한도로 하며, 약관에서 정한 보험계약대출이 있는 경우 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 금액을 기준으로 합니다)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 보험년도 기준 연12회에 한합니다. 또한, 계약일로부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다)를 한도로 합니다.

※ 중도인출시 만기(해약)환급금에서 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해약)환급금이 감소합니다.

9. 계약 전·후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다)
2) 계약 후 알릴 의무: 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
   가) 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
      예) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우, 직업이 없는 자가 취직한 경우, 현재의 직업을 그만둔 경우 등
   나) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
      예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
   다) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
      예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
   라) 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
3) 알릴 의무 위반의 효과: 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 계약자, 피보험자 및 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야

합니다.

10. 보험금의 지급절차

1) 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임 손해에 대한 보험금은 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
   가) 소송제기
   나) 분쟁조정 신청
   다) 수사기관의 조사
   라) 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
   마) 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
   바) 보험금 지급사유에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
2) 위 1)의 가)~바)에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우(배상책임손해에 대한 보험금이 결정되기 전의 경우를 포함합니다) 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로
기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험금 청구 구비서류 안내

※ 고객편의를 위하여 비용부담이 없는 서류로 대체가능하며 사고내용이나 특성에 따라 서류를 추가로 요청 할 수 있습니다. 다만, 청구보험금 200만원 초과 건은 원본(방문 또는 우편)접수 대상이나, 200만원 이하 건은 사본(팩스 등) 접수 가능합니다.

1. 상해 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통서류	필수 서류	① **보험금청구서** ② **개인(신용)정보처리동의서**(반드시 작성) ③ **청구인 신분증 사본 앞면**(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ **사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류)** ·상해 초진기록지 또는 의무기록사본(병원발급가능) 및 청구서상 사고내용 6하원칙에 따라 기재 ·교통상해 자동차보험 지급결의서, 교통사고 사실확인원(자보처리회사, 경찰서 발급가능) ·산업재해 최초 요양급여 신청서 및 산재 요양급여 확인원(근로복지공단 발급가능) ·기타입증서류 군인재해(공무상병인증서), 기타재해(공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실 확인서)	당사 양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 **친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서**(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시), 본인서명사실확인서(자필서명시) 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 ③ 위임받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
사망	필수서류	○ (택1) **·사망진단서(시체검안서) 원본** **·사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재)** ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
	수익자 미지정시 추가서류	① **상속관계 확인서류(택1)** : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② **상속인이 다수인 경우** : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서나 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법))	관공서

구 분	구 비 서 류	발급기관
후유장해	○ 후유장해진단서 ※ 장해부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) ·운동장해(척추,사지관절) : 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정)(【부록】 참조)에 따라 장해평가시점의 운동가능영역(각도)을 측정한 후유장해진단서 ·신경계장해 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장해 ·만성신부전 : 최초혈액투석일, 환자상태기재 ·사지절단 : 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 ·인공관절치환술 : 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 ·비장, 신장, 안구적출술 : 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 ·장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부	병원 (종합 병원)
상해입원비	① (택1) **입퇴원 확인서** 또는 **진단서**(진단명, 한국질병분류코드, 입원기간이 모두 기재된 서류)	병원
수술비용	① (택1) **수술확인서** 또는 **진단서 등(진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자가 모두 기재된 서류)**	병원
골절진단비	○ (택1) **진단서** 또는 **진료확인서**(확정진단명, 한국질병분류코드가 모두 기재된 서류)	병원
화상진단비	○ **진단서**(확정진단명, 한국질병분류코드, 심재성 여부 필수 기재)	병원
화상진단비 (표재성 포함2도이상 ,연간1회한)	○ **진단서**(확정진단명, 한국질병분류코드, 화상 정도 기재)	병원
강력범죄 발생금	① 사건·사고사실확인원 ② 상해 또는 사망진단서 ③ 치료 관련 영수증 및 진료기록부	경찰서 병원
응급비용	119구조구급증명서(가족 이용시 가족관계증명서 필요)	소방서
수혈치료비	○ 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)”필수기재) ○ 진단서(진단명, 한국질병분류코드 필수 기재)	병원
산정특례 진단비	① 사고증명서 ② 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입) ③ 진료비계산서(산정특례적용영수증) ④ 진료기록부(검사기록지 포함)	병원

2. 질병 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통서류	필수 서류	① **보험금청구서** ② **개인(신용)정보처리동의서**(반드시 작성) ③ **청구인 신분증 사본 앞면**(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요	당사양식

구 분	구 비 서 류		발급기관
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 **친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서**(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시), 본인서명사실확인서(자필서명시) 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 ③ 위임받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본, 개인(신용)정보처리동의서	
사망	필수서류	○ (택1) **·사망진단서(시체검안서) 원본** **·사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재)** ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
	수익자 미지정시 추가서류	① **상속관계 확인서류(택1)** : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② **상속인이 다수인 경우** : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서나 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법)	관공서
후유장해	○ 후유장해진단서 ※ 장해부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) ·운동장해(척추,사지관절) : 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정)(【부록】 참조)에 따라 장해평가시점의 운동가능영역(각도)을 측정한 후유장해진단서 ·신경계장해 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장해 ·만성신부전 : 최초혈액투석일, 환자상태기재 ·사지절단 : 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 ·인공관절치환술 : 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 ·비장, 신장, 안구적출술 : 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 ·장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부		병원 (종합병원)
암진단비	① **진단서** ② **조직검사결과지** ※ 암 종류에 따라 조직검사가 어려운 경우 대체 가능 서류(혈액암 또는 조직검사 불가한 경우) ·백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 ·뇌/폐/췌장암 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT, PET 등) ·간 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT 등) 및 혈액검사 결과지		병원
암치료	호스피스 완화의료치료	① 진단서 ② 의사소견서 ③ 호스피스 이용 동의서 ④ 진료비세부내역서	병원
	특정항암호르몬	① 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는	

구 분	구 비 서 류		발급기관
	약물허가치료	표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	
	갑상선암호르몬약물허가치료	① 갑상선암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	
	표적항암약물허가치료	① 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	
	카티항암약물허가치료비	① 카티항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	
	특정면역항암약물허가치료	① 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	
뇌질환 진단비	① **진단서** ② **정밀검사 판독결과지** (당사 홈페이지 또는 고객상담센터 통해 세부내용 확인 가능) ③ 진료차트(응급실, 초진, 입원차트)		병원
심장질환 진단비	① **진단서** ② **정밀검사 판독결과지** (당사 홈페이지 또는 고객상담센터 통해 세부내용 확인 가능) ③ 진료차트(응급실, 초진, 입원차트)		병원
질병입원비	○ (택1) **입퇴원 확인서 또는 진단서**(진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 필수기재)		병원
수술비용	질병수술비	① (택1) **수술확인서** 또는 **진단서 등(확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재)**	병원
	특정질병수술비	① **진단서(확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재)** ② **(택1) 수술기록지 또는 수술확인서(진단서상 수술명, 수술일자 기재 없는 경우 추가제출)** ※ 일부 수술의 경우 조직검사결과지, MRI판독지 등 추가요청 가능	
응급비용	119구조구급증명서(가족 이용 시 가족관계증명서 필요)		소방서

구 분	구 비 서 류	발급기관
산정특례 진단비	① 사고증명서 ② 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입) ③ 진료비계산서(산정특례적용영수증) ④ 진료기록부(검사기록지 포함)	병원
출산후5년 보장강화 보장	① 각 진단비에 대한 구비서류 ② 출생증명서, 진료비계산서, 가족관계증명서 등	관공서 및 병원
난임진단/ 난임치료	① 난임진단의 경우 진단서 난임치료의 경우 진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 진료기록부, 시술확인서 등 ② 혼인관계증명서	관공서
난임치료후산 후관리지원금	① 진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 진료기록부, 시술확인서, 임신확인서(분만예정일 포함) 등 ② 혼인관계증명서, 가족관계증명서, 출생증명서	관공서 및 병원
조기폐경진단	① 진단서 ② 호르몬검사결과지	병원
치료에의한폐 경진단	① 진단서 ② FSH호르몬수치를 확인할 수 있는 검사결과지 등 치료에의한폐경의 원인을 확인할 수 있는 서류	병원
출산지원금	출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서 등	관공서

3. 상해 및 질병 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통 서류	필수 서류	① **보험금청구서** ② **개인(신용)정보처리동의서**(반드시 작성) ③ **청구인 신분증 사본 앞면**(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요	당사 양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 **친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서**(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시), 본인서명사실확인서(자필서명시) 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 ③ 위임받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
산정특례 진단비	① 사고증명서 ② 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입) ③ 진료비계산서(산정특례적용영수증) ④ 진료기록부(검사기록지 포함)		병원
특정재활	① 진단서		병원

구 분	구 비 서 류	발급기관
치료비	② 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재) ③ 진료기록부	

4. 배상책임 관련 보험금 청구서류

구 분		구 비 서 류	발급기관
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 합의서(당사자간 합의 완료시 합의금 지급 확인서)	당사양식
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시), 본인서명사실확인서(자필서명시) 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 ③ 위임받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
	피해자 요청서류	·개인(신용)정보처리동의서(미성년자인 경우 부모(법정대리인)이 작성) ·주민등록 등본	
대인배상		○ 진단서(진료확인서) ○ 초진진료기록지 ○ 치료비영수증	병원
대물배상		○ 피해물품의 사진 ○ 사고피해물품의 구입시기/가격의 증빙서류 ○ 수리비 견적서 ○ 수리비 영수증	구입처 수리업자

5. 비용손해 관련 보험금 청구서류

구 분		구 비 서 류	발급기관
공통서류	필수서류	① **보험금청구서** ② **개인(신용)정보처리동의서**(반드시 작성) ③ **청구인 신분증 사본 앞면**(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 기타 회사가 요구하는 증거자료	당사 양식
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시), 본인서명사실확인서(자필서명시) 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	

상기 보장내용별 청구서류는 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경된 내용을 적용합니다. 따라서, 실제 보험금을 청구하실 때에는 당사 홈페이지 등을 통해 청구서류를 다시 한 번 확인하여 주시기 바랍니다.

보험금 청구절차 및 알아두실 내용

□ 보험금 청구 관련 안내

·보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 하며 피보험자 외에 제3자 수령 시에는 피보험자의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서나 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법)가 반드시 첨부되어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우에는 위임장 없이 친권자(부모)계좌로 수령이 가능합니다.

·금융감독원 보험금 청구서류 표준화 간소화 방안에서의 기본서류 이외에도 사실관계 확인을 위하여 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

·경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요 할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

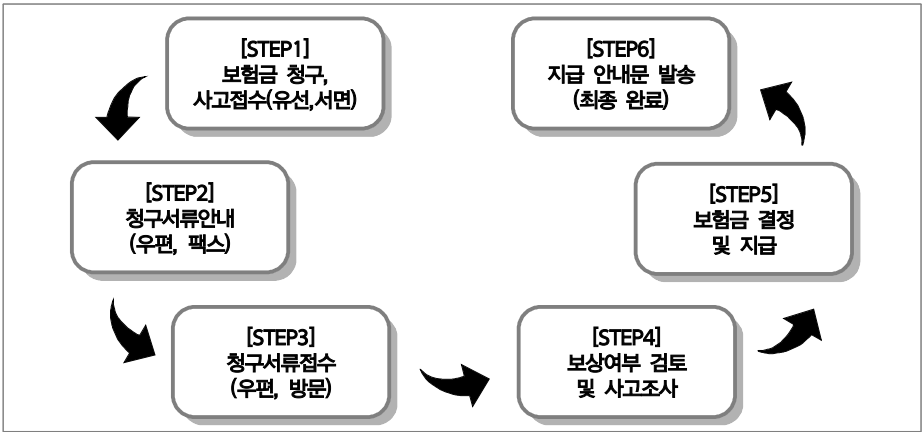
□ 보험금 청구 소멸시효

·보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.
(상법 제662조(【부록】 참조))

□ 보험금 지급절차 안내

·발송하여 주신 서류가 한화손해보험㈜에 접수되는 경우 접수 사실과 담당자에 관한 사항(이름, 연락처)을 LMS(Long Message Service, 장문문자메시지) 또는 선택하신 방법으로 안내 드립니다.

·보상처리 및 서류 발송과 관련한 문의 사항이 있으신 경우 해당 청구 건의 담당자에게 연락 주시면 상세히 안내 드리겠습니다.



□ 손해사정사 선임 및 조사

·보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 고객의 개인정보제공 동의를 받아 보험업법에 따라 금융위원회에 등록된 손해사정사 또는 손해사정법인에게 조사업무를 위탁할 수 있습니다.
* 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체

·당사가 손해사정사 또는 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 당사가 부담하며, 고객님이 별도로 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용은 고객님께서 부담하셔야 합니다.

□ 장해진단서 제출 시 유의사항

·장해진단서를 제출 하시는 경우에는 *3차 의료기관에서의 진단을 요청 드리며 병원 진단 전에 보상 담

당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
* 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

□ 의료심사

·상해 질병 보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 진료과목별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 한화손해보험㈜가 부담합니다.

□ 보험사간 치료비 분담지급(비례보상 적용)

·상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 중복 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상하며 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.
·타 보험회사에 가입되어 있는 보험계약은 한국신용정보원을 통해 확인하실 수 있습니다.
·의료비 비례분담지급과 관련하여 귀하가 원하실 경우 회사는 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 청구관련 구비서류의 제출을 대행해 드립니다. 이 경우 귀하는 회사에 다른 보험회사에 자료제공을 위한 "실손의료비 접수대행 서비스 신청서"를 제출하셔야 합니다.

□ 보험금 지급안내 및 절차 조회 방법

·보험금 심사 및 지급에 관한 사항은 당사 인터넷 홈페이지(www.hwgeneralins.com)에서 확인 가능합니다.
·보험금이 지급되는 경우에는 보험금 청구 시 선택하신 방법으로 지급금액을 안내해 드립니다. 문의사항이 있는 경우에는 지급금 안내 시 통보되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

□ 보험금 부지급 결정 및 재심사 청구

·보험약관에 따라 보험금을 지급하지 않기로 결정하는 경우에는 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 해당 결정에 동의하시지 않는 경우 담당자에게 재문의 또는 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

□ 예상 지급기일 및 지연이자 지급

·상해·질병사고는 그 서류를 접수한 날부터 3영업일, 재물 및 배상책임 손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고, 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.
·보험금 지급 지연 시에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대해 안내하여 드립니다.
만일, 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

□ 주소변경 통지

·계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 하고 알리지 않을 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

보험 가입부터 보험금 지급까지

[1단계] 보험상품 선택 및 상품설명

고객님의 가입목적에 맞는 보험상품을 선택하신 후, 보험안내자료를 교부받고 주요사항에 대해서 충분한 설명을 들으시기 바랍니다.

☞ 약관 ***"약관교부 및 설명의무 등"*** 조항 참조

▼

[2단계] 청약서 작성

보험가입을 위해서는 청약서를 작성하셔야 합니다. 청약서 작성 시에는 계약 전 알릴 의무, 피보험자 서면동의, 자필서명을 반드시 지켜주셔야 합니다.

✔ 계약 전 알릴 의무

청약서상 피보험자 건강상태, 직업, 운전여부 등을 물어보는 질문에 대하여 사실대로 기재해주셔야 합니다. 계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해약환급금을 지급하게 되어 고객님에게 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

✔ 피보험자 서면동의

계약자 본인이 아닌 다른 분을 피보험자로 하여 보험계약을 체결할 경우에는 반드시 피보험자로부터 청약서상 서면동의를 받아야 합니다. 피보험자 서면동의가 이루어지지 않은 경우 계약이 무효가 될 수 있으며 이 경우에는 보험사고가 발생하여도 보장을 받을 수 없습니다.

☞ 약관 ***"계약 전 알릴 의무"***, ***"계약의 무효"*** 조항 참조

▼

[3단계] 보험계약 체결(회사의 승낙)

회사가 고객님이 청약하신 사항을 심사하여 보험계약 체결을 승낙하는 절차입니다. 회사는 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙여부를 결정하게 되며, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙한 것으로 인정됩니다.

☞ 약관 ***"보험계약의 성립"*** 조항 참조

▼

[4단계] 보험사고 발생 및 보험금 청구

보험계약 유지 중 가입하신 보험상품의 약관에서 정한 보험사고가 발생하였다면 보험금 청구에 필요한 서류를 구비하여 보험금을 청구하시기 바랍니다. 구비서류 및 청구절차는 고객상담센터(1566-8000) 또는 담당 모집인(보험설계사 등)에게 문의하시면 자세히 안내받으실 수 있습니다.

☞ 약관 ***"보험금의 지급사유"***, ***"보험금의 청구"*** 조항 참조

▼

[5단계] 보험금 지급심사 및 보험금 지급

회사가 고객님이 청구하신 보험금의 지급여부를 심사하는 절차입니다. 회사는 원칙적으로 청구하신 날부터 질병·상해 및 비용손해에 대한 보험금은 3영업일, 배상책임손해 및 재물손해에 대한 보험금은 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내(단, 조사나 확인이 필요한 경우에는 30영업일 이내)에 지급해드리고 부득이 지급이 어려운 경우에는 그 구체적인 사유에 대하여 알려드립니다.

☞ 약관 ***"보험금의 지급절차"*** 조항 참조

주요 민원사례 안내

□ 상해급수 변경으로 인한 보험가입금액 변동

[사례] 직무변경(사무직(1급) → 영업용화물차운전(3급)) 되어 보험회사 통지하였으나 보험가입금액을 기존보다 낮춰야 한다고 함

☞ 회사별 인수지침은 직종이나 직무에 따른 위험도를 구분하여 상해보험에 한해 가입한도를 차등 운영하므로 현재 가입금액이 해당 영위 직종 가입한도를 초과하는 경우에는 부득이 보험가입금액을 감액하게 됩니다.

□ 계약전 알릴의무 I

[사례] 교통사고를 당하여 상대방 자동차보험으로 치료 받은 뒤 별다른 증상이 없어서 보험을 가입하면서 해당 교통사고를 미고지하였는데 해당 사유를 이유로 보험해지 통보 받음

☞ 현재 증상과 상관없이 청약서의 알릴사항으로 회사가 질문하는 항목에 대해서는 충실하게 답변해야 미고지로 인한 불이익을 당하지 않습니다.

□ 계약전 알릴의무 II

[사례] 갱년기 호르몬제 복용 중에 보험가입하였는데 중년 여성 대부분 복용하는 호르몬제이기 때문에 질병이나 약이라고 생각하지 않아 별도 고지하지 않았는데 해당 사유를 이유로 보험해지 통보 받음

☞ 청약서의 알릴사항으로 회사가 질문하는 항목에 대해서는 충실하게 답변해야 미고지로 인한 불이익을 당하지 않습니다.

□ 알릴의무 위반으로 인한 보험해지

[사례] 알릴의무 위반으로 인해 보험회사로부터 계약해지 통보를 받아 조율하고 있었으나 이후 일방적으로 계약 해지되었음

☞ 회사가 알릴의무 위반 사실을 안 날부터 1개월이 지나면 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없으므로 해당 기한 내에 조율이 완료되지 않으면 알릴의무 위반의 효과로 계약을 해지할 수 있습니다.

□ 모집인에게 구두로 계약전 알릴사항을 전달한 경우

[사례] 모집인에게 산후우울증 약 복용과 산부인과 진료를 모두 고지하고 보험가입하였는데 고지된 내용이 없다며 보험해지 통보 받음

☞ 고지 수령권이 없는 모집인에게 구두 통보한 것은 고지한 것이 아니며 청약서에 최종 기재되어야만 고지의무를 이행한 것으로 봅니다. 따라서 보험 가입 시 청약서 기재여부를 반드시 확인한 뒤 서명을 하시기 바랍니다.

□ 요청한 내용과 다른 보험 가입

[사례] 모집인에게 암보험 설계를 요청하고 가입하였는데 실제로는 다른 보험(종합보험)이 가입된 것을 계약일로부터 3년만에 알게되어 계약 취소를 요청했으나 거절 당함

☞ 요청한 내용이 보험계약에 그대로 반영되어 체결되었는지 반드시 확인해야 하며, 상이한 경우 계약이 성립한날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

□ 보험 유형 착오 선택

[사례] 해약환급금 일부지급형 보험 가입을 원했으나 모집인의 착오로 유형이 잘못 선택되어 기본형으로 가입되어 민원 제기

☞ 본인이 원하는 내용으로 보험계약이 체결되었는지 반드시 확인하여야 하며 만일 본인의 의도와 다르게 보험이 가입되었다면 청약을 한 날부터 30일 내에 청약을 철회할 수 있습니다.

□ 미성년자의 보험금 청구

[사례] 이혼 전 가입한 자녀보험으로 사고가 발생한 미성년 자녀의 보험금을 청구하려는데 이혼한 전 배우자의 동의가 있어야 한다고 함

☞ 보험금 수익자를 별도 지정하지 않았다면 미성년 자녀의 보험금 청구는 친권자의 동의가 반드시 있어야 합니다.

□ 진단 근거에 대한 주치의 소견 확인

[사례] 진단서 제출로 보험금 청구하였으나 보험회사로부터 주치의 면담이 필요하다며 보험금 지급을 지연하여 민원 제기

☞ 회사가 보험금 지급 심사를 하는 과정에서 진단 근거에 대한 해당 주치의 소견이나 추가적인 확인이 필요할 수 있으며, 지급기일내에 지급하지 않았을 때에는 이자를 보험금에 더하여 지급합니다.

□ 보험해지 후 부활 시 면책기간 적용

[사례] 미납 보험료를 모두 납입함으로써 해지되었던 보험계약을 부활한 뒤 보험금 청구하였으나 면책기간 동안 발생한 사고는 보험금이 지급되지 않는다고 함

☞ 면책기간이 적용되는 특정 담보의 경우 보험 계약 체결 뿐만 아니라 효력을 회복하는 부활 시에도 면책기간이 동일하게 적용 됩니다.

□ 자기부담금을 제외한 보험금 지급

[사례] 가해자의 과실로 발생한 사고로 가해자가 가입한 일상생활중배상책임특별약관으로 보상받았으나, 전체 보험금 중 자기부담금을 공제한 금액이 지급됨

☞ 회사는 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금을 보상하나 피보험자가 보험을 가입하면서 정해놓은 자기부담금을 초과하는 부분에 대해서만 보상합니다.

□ 보험증권에 기재된 주택의 소유/사용/관리로 인한 사고

[사례] 새로 이사한 집에서 누수 발생하여 아래층에 손해를 입혀 일상생활중배상책임 보험금을 청구하였으나 보험증권 상의 주택이 아니라며 보험금 지급 거절함

☞ 보험증권에 기재된 주택의 소유, 사용, 관리로 인한 사고를 보상하기 때문에 피보험자의 주거이동 또는 소유변동 등으로 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체없이 통보하여야 합니다.

주요 보험용어 해설

※ 아래 표에 기재되지 않은 사항은 보통약관을 참고하시기 바라며, 해당 용어가 특별약관에서 달리 정의되는 경우는 특별약관을 따릅니다.

보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 문서	
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서	
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람	
피보험자	질병·상해 보장	보험사고의 대상이 되는 사람
	배상책임 보장	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)
	비용손해 보장	보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말하며, 상해·질병보장 이외의 경우에는 피보험자	
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 금액	
보험금	피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액	
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간	
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로, 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말하며, 또한 보장개시일을 계약일로 봄	
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액	
계약자적립액	장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액	
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액	

주요 암보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시

※ 이 상품에서 암을 보장하는 보통약관 및 특별약관에는 보험계약일로부터 일정기간동안 면책기간을 적용 또는 보험금을 감액하여 지급하는 보장이 포함되어 있습니다. 세부사항은 해당 특별약관을 참고하시기 바랍니다.

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
				1,2종	3,4,5종
여성통합암(4대유사암제외) 진단비Ⅱ (갱신형 포함)	여성통합암 (4대유사암제외)	100%	90일	X	O
여성통합전이암진단비	여성통합전이암	100%	90일	X	O
여성통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 (갱신형 포함)	여성통합암 (4대유사암제외, 전이암포함)	100%	90일	X	O
통합갑상선질환진단및치료비	통합갑상선질환	100%	X	X	O
Lady갑상선케어패키지 (초기갑상선암진단비)	초기갑상선암	100%	X	X	O
Lady갑상선케어패키지 (갑상선암(초기제외)진단비)	갑상선암 (초기제외)	100%	X	X	O
Lady갑상선케어패키지 (중증갑상선암진단비)	중증갑상선암	100%	X	X	O
암(4대유사암제외)진단비 (갱신형포함)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	O
4대유사암진단비 (갱신형 포함)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	X	O
유방암(수용체타입)진단비, Lady유방케어패키지 (유방암(수용체타입)진단비)	유방암(수용체타입)	100%	90일	X	O
암(4대유사암제외)진단비 (출산후5년보장강화)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외) 최초출산	100%	1년	X	X
4대유사암진단비 (출산후5년보장강화)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 최초출산	100%	1년	X	X

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
				1,2종	3,4,5종
유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비, Lady유방케어패키지(유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비)	암(4대유사암포함)	100%	90일(첫번째암(유방암)) 2년(재진단암(4대유사암포함))주)	X	X
암(4대유사암제외)진단후 특정치료비 (진단후10년,연간1회한) (갱신형 포함)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	X	X
특정유사암진단후 특정치료비 (진단후10년,연간1회한) (갱신형 포함)	기타피부암, 갑상선암	100%	X	X	X
암(4대유사암제외)수술비Ⅱ (수술1회당), 암(4대유사암제외)수술비 (1회한)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	O
4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	X	X
갑상선암수술비(1회한)	갑상선암	100%	X	O	O
암(4대유사암제외) 항암방사선약물치료비 (연간1회한,급여) 암(4대유사암제외) 항암방사선치료비(1회한) , 암(4대유사암제외) 항암약물치료비(1회한)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	X
암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당) , 암(특정유사암포함)항암약물 치료비(치료1회당)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	X
	기타피부암, 갑상선암	20%	X	X	X

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
				1,2종	3,4,5종
여성통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물 치료비(세부보장별각1회한)	여성통합암 (4대유사암제외, 전이암포함)	100%	90일	X	X
암(특정유사암포함) 항암방사선약물치료비Ⅱ (세부보장별각1회한)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	X
	기타피부암, 갑상선암	100%	X	X	X
하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한), 하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한)	암 (기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	X	X
하이클래스Ⅲ특정유사암항암방사선치료비(연간1회한), 하이클래스Ⅲ특정유사암항암약물치료비(연간1회한)	기타피부암, 갑상선암	100%	X	X	X
유방암항암방사선치료비(치료1회당), Lady유방케어패키지(유방암항암방사선치료비 (치료1회당)) 유방암항암약물치료비(치료1회당), Lady유방케어패키지(유방암항암약물치료비(치료1회당))	유방암	100%	90일	X	X
암(특정유사암포함) 특정재활치료비(1일1회,연간10회한,급여)	암(특정유사암포함)	100%	90일	X	X

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
				1,2종	3,4,5종
여성생식기관암 항암방사선치료비(치료1회당), Lady자궁난소케어패키지 (여성생식기관암항암방사선 치료비(치료1회당)), 여성생식기관암항암약물치료비(치료1회당), Lady자궁난소케어패키지 (여성생식기관암항암약물치료비(치료1회당))	여성생식기관암	100%	90일	X	X
특정유사암항암방사선치료비 (세부보장별각1회한, 특정유사암항암약물치료비 (세부보장별각1회한)	특정유사암 (기타피부암, 갑상선암)	100%	X	X	X
암(특정유사암포함)표적항암 약물허가치료비(1회한) (갱신형 포함), 암(특정유사암포함)표적항암 약물허가치료비(연간1회한) (갱신형 포함), 암(특정유사암포함)항암세기 조절방사선치료비(1회한) (갱신형 포함), 암(특정유사암포함)항암 양성자방사선치료비(1회한) (갱신형 포함)	암, 기타피부암, 갑상선암	100%	90일	X	O

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
				1,2종	3,4,5종
유방암표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형 포함), 유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형 포함), 유방암예후예측검사비(특정유전자,1회한)(갱신형 포함)	유방암	100%	90일	X	O
암(4대유사암포함)직접치료 상급종합병원통원비, 암(4대유사암포함)직접치료 통원비(1일1회,연간30일한)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	X
	갑상선암,기타피부암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	X	X
전이암진단비	림프절전이암	100%	90일	X	O
	특정전이암	100%	90일	X	O
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형 포함), 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형 포함)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	O
갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형 포함), Lady갑상선케어패키지(갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한))	갑상선암	100%	X	X	O
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형 포함)	카티(CAR-T) 보장 대상 암	100%	90일	X	O
중증질환자(암(4대유사암제외)) 산정특례대상진단비(갱신형 포함)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	O

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
				1,2종	3,4,5종
유방암으로인한유방수술비, Lady유방케어패키지(유방암으로인한유방수술비), Lady수술치유패키지(유방암으로인한유방수술위로금)	유방암	100%	90일	X	O
여성생식기암으로인한 자궁적출수술비(1회한), Lady수술치유패키지(여성생식기암으로인한 자궁적출수술위로금(1회한)), Lady자궁난소케어패키지(여성생식기암으로인한 자궁적출수술비(1회한))	여성생식기암	100%	X	X	X
암(4대유사암포함)직접치료 입원비Ⅱ(요양병원제외, 1일이상180일한도)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	X
	갑상선암	20%	X	X	X
	기타피부암,제자리암,경계성종양	10%	X	X	X
암(4대유사암포함)요양병원 입원비Ⅱ(1일이상90일한도)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	X
	갑상선암	20%	X	X	X
	기타피부암,제자리암,경계성종양	10%	X	X	X
주요산정특례치료소득지원수당(월간1회한)(갱신형)	중증질환자 암질환 산정특례대상 질환	100%	X	O	O
보험료납입면제대상보장(4대사유Ⅱ) 보험료납입면제대상보장(6대사유Ⅱ)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	X
보험료납입면제대상보장(6대사유), 보험료납입면제대상보장(8대사유Ⅱ)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	X
	갑상선암	100%	X	X	X

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
				1,2종	3,4,5종
(독립특별약관)암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	암(갑상선암, 전립선암 제외)	100%	90일	O	O
(독립특별약관)갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	갑상선암, 전립선암	100%	90일	O	O
(독립특별약관)암(4대유사암제외)진단후특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(진단후10년,연간1회한)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	X	X
(독립특별약관)특정유사암진단후특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(진단후10년,연간1회한)	기타피부암, 갑상선암	100%	X	X	X
(독립특별약관)암(4대유사암제외)진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	X	X
(독립특별약관)특정유사암진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한)	기타피부암, 갑상선암	100%	X	X	X
(독립특별약관)하이클래스Ⅰ암(특정유사암포함)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)	암, 기타피부암, 갑상선암	100%	90일	X	X
(독립특별약관)하이클래스Ⅰ암(특정유사암포함)항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)	암, 기타피부암, 갑상선암	100%	90일	X	X
(독립특별약관)암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한),암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한)(갱신형)	암, 기타피부암, 갑상선암	100%	90일	X	O
(독립특별약관)암(특정유사암포함)후유장해(3-100%)	암, 기타피부암, 갑상선암	100%	90일	O	O

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
				1,2종	3,4,5종
(독립특별약관)암(4대유사암제외)특정치료비(연간1회한)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	X	X
(독립특별약관)특정유사암특정치료비(연간1회한)	기타피부암, 갑상선암	100%	X	X	X
(독립특별약관)하이클래스Ⅱ암(특정유사암포함)특정치료비(연간1회한)	암, 기타피부암, 갑상선암	100%	90일	X	X
(독립특별약관)암(특정유사암포함)간병인사용입원생활비(요양병원제외, 연간180일한도)	암, 기타피부암, 갑상선암	100%	90일	X	X
(독립특별약관)암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한)(갱신형)	암 ※기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외	100%	90일	X	X
(독립특별약관)4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한)(갱신형)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	X	X
(독립특별약관)암(4대유사암제외)특정치료비(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(각연간1회한)	암 ※기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외	100%	90일	X	X
(독립특별약관)4대유사암특정치료비(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(각연간1회한)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	X	X

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
				1,2종	3,4,5종
(독립특별약관)암검사및치료비 -암(4대유사암포함)CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) -암(4대유사암포함)특정생검조직병리검사지원비연간1회한,급여) -암(4대유사암포함)특정단일유전자검사지원비(연간1회한,급여) -암(4대유사암포함)초음파검사지원비(연간1회한,급여) -암(4대유사암포함)MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) -암(4대유사암포함)내시경검사지원비(연간1회한,급여) -암(4대유사암포함)검사(PET)지원비(연간1회한,급여)	암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	X	X
(독립특별약관)암검사및치료비 -암(4대유사암제외)특정통증완화치료비(연간1회한,급여)	암 ※기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외	100%	90일	X	X
(독립특별약관)암검사및치료비 -암(특정유사암포함)재활치료비(1일1회,연간20회한,급여)	암, 기타피부암, 갑상선암	100%	90일	X	X
(독립특별약관) 비급여(전액본인부담급여포함) 암(4대유사암제외)특정치료비(각연간1회한)	암 ※기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외	100%	90일	X	X
(독립특별약관) 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암특정치료비(각연간1회한)	기타피부암, 갑상선암	100%	X	X	X

보 장 명			보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
					1,2종	3,4,5종
(독립특별약관) 비급여(전액본인부담급여포함) 암특정주요치료비(각 연간1회한)	비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술	암 ※갑상선암, 전립선암 제외	100%	90일	X	X
		갑상선암, 전립선암	20%			
	비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료	암 ※기타피부암, 갑상선암 제외	300%			
	비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료					
	비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료					
	비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료	기타피부암, 갑상선암	60%	X		
	비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료					
	비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료					

보 장 명			보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
					1,2종	3,4,5종
(독립특별약관) 비급여(전액본인부담급여포함)암특정주요치료비Ⅱ(각연간1회한)	비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술	암 ※갑상선암, 전립선암 제외	100%	90일	X	X
		갑상선암, 전립선암	20%			
	비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료	암 ※기타피부암, 갑상선암 제외	100%			
	비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료					
	비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료					
	비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료	기타피부암, 갑상선암	20%	X		
	비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료					
	비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료					
(독립특별약관) 전이암특정치료비(종합병원)(각연간1회한)		전이암	100%	90일	X	X

보 장 명			보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
					1,2종	3,4,5종
(독립특별약관) 전이암특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(각연간1회한)		전이암	100%	90일	X	X
(독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정치료생활비(종합병원)(연간특정치료2회및3회이상)	연간 암 특정치료 횟수 2회	암 ※기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외	100%	90일	X	X
	연간 암 특정치료 횟수 3회		50%			
(독립특별약관) 4대유사암 특정치료생활비(종합병원)(연간특정치료2회및3회이상)	연간 4대유사암 특정치료 횟수 2회	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	X	X
	연간 4대유사암 특정치료 횟수 3회		50%			

보 장 명					보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
							1,2종	3,4,5종
(독립특별약관) 암진단및치료비	암진단			암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	O	O
	비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료	가입금액 4,000만원	연간 항암복합치료 횟수 1회	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	25%	90일	X	X
			연간 항암복합치료 횟수 2회		75%			
		가입금액 5,000만원	연간 항암복합치료 횟수 1회		40%			
			연간 항암복합치료 횟수 2회		60%			
	비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료	가입금액 4,000만원	연간 항암복합치료 횟수 1회	기타피부암, 갑상선암	25%	X	X	X
			연간 항암복합치료 횟수 2회		75%			
		가입금액 5,000만원	연간 항암복합치료 횟수 1회		40%			
			연간 항암복합치료 횟수 2회		60%			
(독립특별약관)암(4대유사암제외)복합치료생활비(상급종합병원)(연간1회한)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)				100%	90일	X	X
(독립특별약관)4대유사암복합치료생활비(상급종합병원)(연간1회한)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양				100%	X	X	X

보 장 명			보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
					1,2종	3,4,5종
(독립특별약관) 암(4대유사암제외)복합치료생활비(상급종합병원)(연간특정치료 2회,3회및 4회이상)	연간 암 특정치료 횟수 2회	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X	X
	연간 암 특정치료 횟수 3,4회		50%			
(독립특별약관) 4대유사암 복합치료생활비(상급종합병원)(연간특정치료2회,3회및4회이상)	연간 4대유사암 특정치료 횟수 2회	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	X	X
	연간 4대유사암 특정치료 횟수 3,4회		50%			
(독립특별약관) 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료생활비(종합병원)(연간 1회한)	암, 기타피부암, 갑상선암		100%	90일	X	X

보 장 명			보험가입금액 대비 지급금액	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일로부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급	
					1,2종	3,4,5종
(독립특별약관) 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료생활비(종합병원)(연간 특정치료2회및3회이상)	연간 암(특정유사암포함) 특정치료 횟수 2회	암, 기타피부암, 갑상선암	100%	90일	X	X
	연간 암(특정유사암포함) 특정치료 횟수 3회		50%			

주) 첫 번째 “재진단암(4대유사암포함)”의 보장개시일은 “첫번째암(유방암)” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 하고, 두 번째 이후 “재진단암(4대유사암포함)”의 보장개시일은 직전 “재진단암(4대유사암포함)” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다.

뇌 및 심혈관 질환 위험보장 대상 질병

※ 위험보장 대상 질병은 약관의 주요내용을 요약 정리한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

□ 뇌혈관 질환

대상질병	분류번호	뇌출혈	뇌졸중	뇌혈관질환	뇌혈관특정질환	주요뇌혈관질환	통합뇌관련질환
거미막하출혈	I60	O	O	O		O	O
뇌내출혈	I61	O	O	O		O	O
기타 비외상성 두개내 출혈	I62	O	O	O		O	O
뇌경색증	I63		O	O		O	O
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64			O	O		O
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65		O	O		O	O
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66		O	O		O	O
기타 뇌혈관질환	I67			O	O	△주1)	O
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68			O	O	△주2)	O
뇌혈관질환의 후유증	I69			O	O		O
뇌전증	G40						O
뇌전증지속상태	G41						O
척추-뇌기저동맥증후군	G45.0						O
경동맥증후군(대뇌반구성)	G45.1						O
다발성 및 양쪽 뇌전동맥증후군	G45.2						O
일과성 흑암시	G45.3						O
기타 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45.8						O
상세불명의 일과성 뇌허혈발작	G45.9						O
경막외출혈	S06.4						O
외상성 경막하출혈	S06.5						O
외상성 거미막하출혈	S06.6						O

주1) 분류번호 I67.0, I67.1, I67.5, I67.6, I67.7에 한하여 보장합니다.
주2) 분류번호 I68.0, I68.1, I68.2에 한하여 보장합니다.

□ 심혈관 질환

대상질병	분류번호	허혈성 심장 질환	허혈성 심장 특정 질환	주요 허혈성 심장 질환	급성 심근 경색증	심혈관 특정 질환Ⅰ	심혈관 특정 질환Ⅱ	심혈관 질환	통합 심장 질병
류마티스성 승모판질환	I05								O
류마티스성 대동맥판질환	I06								O
류마티스성 삼천판질환	I07								O
다발판막질환	I08								O
기타 류마티스심장질환	I09								O
협심증	I20	O	O	△[주1)]		O		O	O
급성심근경색증	I21	O		O	O		O	O	O
후속심근경색증	I22	O		O	O		O	O	O
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23	O		O	O		O	O	O
기타 급성 허혈심장질환	I24	O	O	△[주2)]		O		O	O
만성 허혈심장병	I25	O	O			O		O	O
급성 심장막염	I30								O
심장막의 기타질환	I31								O
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32								O
급성 및 아급성 심내막염	I33								O
비류마티스성 승모판장애	I34								O
비류마티스성 대동맥판장애	I35								O
비류마티스성 삼첨판장애	I36								O
폐동맥판장애	I37								O
상세불명 판막의 심내막염	I38								O
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39								O
급성 심근염	I40								O
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41								O

심근병증	I42								O
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43								O
방실차단 2도	I44.1								O
완전방실차단	I44.2								O
기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3								O
이중섬유속차단	I45.2								O
삼중섬유속차단	I45.3								O
인공소생에 성공한 심장정지	I46.0						O	O	O
발작성 빈맥	I47					O		O	O
심방세동 및 조동	I48					O		O	O
기타 심장부정맥	I49					O주3)		O주3)	O
심부전	I50					O		O	O

주1) 분류번호 I20.0, I20.1에 한하여 보장합니다.
주2) 분류번호 I24.0, I24.1에 한하여 보장합니다.
주3) 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외), 심혈관질환(기타심장부정맥제외)에서는 제외합니다.

패키지 보장 구성 안내

※ 아래에 정한 보장은 패키지별로 동시에 가입하여야 하며, 일부 보장만 가입을 원하는 경우에는 패키지가 아닌 개별 보장으로 가입 가능합니다. 단, 가입나이, 보험기간 및 납입기간에 따라 가입이 불가능한 보장이 있는 경우 해당 보장을 제외하고 동시에 가입하여야 합니다. 세부사항은 해당 특별약관을 참고하시기 바랍니다.

패키지	보장
Lady유방케어패키지	Lady유방케어패키지(유방암(수용체타입)진단비) Lady유방케어패키지(유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비) Lady유방케어패키지(유방암항암방사선치료비(치료1회당)) Lady유방케어패키지(유방암항암약물치료비(치료1회당)) Lady유방케어패키지(특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한)) Lady유방케어패키지(유방암으로인한유방수술비) Lady유방케어패키지(유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)) Lady유방케어패키지(유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한))
Lady갑상선케어패키지	Lady갑상선케어패키지(갑상선바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)) Lady갑상선케어패키지(갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한)) Lady갑상선케어패키지(초기갑상선암진단비) Lady갑상선케어패키지(갑상선암(초기제외)진단비) Lady갑상선케어패키지(중증갑상선암진단비) Lady갑상선케어패키지(갑상선기능항진증치료(1회한,급여)) Lady갑상선케어패키지(특정갑상선기능저하증진단비)
Lady자궁난소케어패키지	Lady자궁난소케어패키지(자궁내막증진단비) Lady자궁난소케어패키지(중등도이상자궁경부이형성증진단비) Lady자궁난소케어패키지(여성생식기관암항암방사선치료비(치료1회당)) Lady자궁난소케어패키지(여성생식기관암항암약물치료비(치료1회당)) Lady자궁난소케어패키지(자궁근종고강도초음파집속술(HIFU)치료비(1회한)) Lady자궁난소케어패키지(여성생식기암으로인한자궁적출수술비(1회한)) Lady자궁난소케어패키지(난소제거수술비(수술1회당))
Lady수술치유패키지	Lady수술치유패키지(유방암으로인한유방수술위로금) Lady수술치유패키지(여성생식기암으로인한자궁적출수술위로금(1회한)) Lady수술치유패키지(난소제거수술위로금(수술1회당))
Lady여성질환치유패키지	Lady여성질환치유패키지(성대및후두의신경손상진단비) Lady여성질환치유패키지(갑상선암수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비) Lady여성질환치유패키지(유방절제후림프부종진단비) Lady여성질환치유패키지(제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비) Lady여성질환치유패키지(상해흉터복원수술비Ⅱ)
법률비용패키지	법률비용패키지(민사소송법률비용Ⅱ(실손)(갱신형)), 법률비용패키지(행정소송법률비용(실손)(갱신형)) 법률비용패키지(가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형)) 또는 법률비용패키지(가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형)예약가입Ⅱ)

종별 납입면제에 관한 사항 예시

※ 아래 표는 종별 납입면제 관련 요약자료이므로, 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)을 참고하시기 바랍니다.

※ 이 상품에서 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 아래의 납입면제 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드리며, 보장보험료가 납입면제 된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

구분	납입면제사유
1종(납입면제 강화형, 기본형)	- 납입면제보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우(“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 제외) - “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우 - “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우 - 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 - 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 - “갑상선암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술한 경우 ※ 단, 갱신형 특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관, 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외) 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입 면제를 적용하지 않습니다.
2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금 지급형)	- 납입면제보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우(“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 제외) - “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우 - “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우 - 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 - 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 - “갑상선암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술한 경우 - 상해로 “중환자실”에 2일이상 입원하여 치료를 받은 경우 - 질병으로 “중환자실”에 2일이상 입원하여 치료를 받은 경우 ※ 단, 갱신형 특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관, 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외) 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입 면제를 적용하지 않습니다.

3종(납입면제형, 기본형)	– 납입면제보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우(“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 제외) – “뇌졸중”으로 진단확정된 경우 – “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우 – “특정상해성뇌출혈”으로 진단확정된 경우 ※ 단, 갱신형 특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관, 보장보험료100%납입지원(상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해) 특별약관, 보장보험료100%납입지원(상해/질병50%이상후유장해,뇌혈관/허혈성심장특정질환) 특별약관, 보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환) 특별약관, 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외) 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입 면제를 적용하지 않습니다.
4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금 지급형)	– 납입면제보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우(“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 제외) – “뇌졸중”으로 진단확정된 경우 – “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우 – 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 – 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 – “특정상해성뇌출혈”으로 진단확정된 경우 ※ 단, 갱신형 특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관, 보장보험료100%납입지원(상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해) 특별약관, 보장보험료100%납입지원(상해/질병50%이상후유장해,뇌혈관/허혈성심장특정질환) 특별약관, 보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환) 특별약관, 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외) 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입 면제를 적용하지 않습니다.
5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금 지급형)	해당사항 없음.

※ 이 상품에서 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 아래에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후 1년간 보장보험료 납입을 최초 1회에 한하여 면제하여 드리며, 보장보험료가 납입면제 된 경우 납입면제 기간 동안 적립보험료 납입을 중지합니다.

구분	납입면제사유
1종(납입면제 강화형, 기본형), 2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금 지급형)	- “출산”에 대한 납입면제보장개시일 이후 “출산”한 경우
3종(납입면제형, 기본형), 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금 지급형), 5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금 지급형)	해당사항 없음.

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604 보통약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 계약에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1 계약관계 관련 용어

용어	정의	
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.	
피보험자	질병·상해 보장	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
	배상책임 보장	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
	비용손해 보장	보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.	
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.	
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.	
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.	
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.	

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 손해를 말합니다.
장해	장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

용어	정의
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제9차 개정(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 분담	이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원 • 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년치 이자)) × 10% = 11원 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】 참조)
보장부분 적용이율	보장보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험계약대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다
보험계약대출 이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「노동절 제정에 관한 법률」에 따른 노동절
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.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2026년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료와 적립보험료의 합계액을 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
적립보험료	회사가 적립한 금액을 돌려주기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
적립부분 순보험료	적립보험료에서 적립부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비(적립보험료는 제외)로 구분됩니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형), 3종(납입면제형, 기본형)】
보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료
적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료
【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】
보험료 = 보장보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

6 기타 관련 용어
【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

용어	정의
순수보장성 보험	계약의 보험기간이 끝난 때에 지급되는 보험금(만기환급금)이 전혀 없는 보장성보험을 말합니다.

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
제2절. 보장조항 제1조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제2절. 보장조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)
① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임 손해에 대한 보험금은 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1항의 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 회사는 제1항의 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[분쟁조정 신청]
분쟁조정 신청은 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

④ 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

⑤ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우(제1항의 배상책임 손해에 대한 보험금이 결정되기 전의 경우를 포함합니다), 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

6 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

7 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

8 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(공시이율의 적용 및 공시)

1 【1종(납입면제 강화형, 기본형)】 및 【3종(납입면제형, 기본형)】의 적립부분 순보험료에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성보험 공시이율V(이하 "공시이율"이라 합니다)로 하며, 공시이율은 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

2 제1항의 공시이율은 이 계약의 「사업방법서」에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려하여 결정합니다.

3 이 계약의 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.

4 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

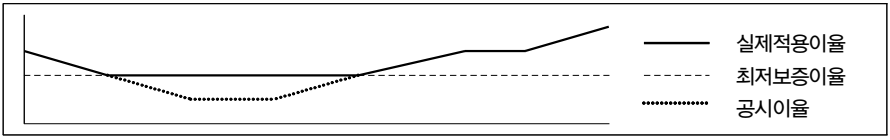
[사업방법서]
회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험가입금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

[운용자산이익률]
사업방법서에 정한 방법에 따라 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

[외부지표금리]
사업방법서에 정한 방법에 따라 국고채(5년) 수익률, 회사채(무보증 3년, AA-) 수익률, 통화안정증권(1년) 수익률 및 양도성예금증서(91일) 유통수익률을 기준으로 산출합니다.

[최저보증이율]
운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우, 공시이율이 0.1%로 낮아지더라도 계약자적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다. 따라서 계약자는 공시이율이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 적립한 계약자적립액은 보장받을 수 있습니다.

☞ 최저보증이율 적용 예시



[공시이율의 공시]
공시이율 적용현황 및 산출방법 등은 홈페이지의 “상품공시” 내 “적용이율공시실”에서 공시합니다.

[공시이율]
전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

제10조(중도인출에 관한 사항)
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【3종(납입면제형, 기본형)】
1 회사는 보장개시일부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해약환급금(단, 보통약관의 해약환급금이 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해약환급금을 한도로 합니다)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만 중도인출금의 요청횟수는 보험년도 기준 연12회에 한합니다. 또한, 계약일로부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총 합계는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다)를 한도로 합니다.
2 제1항의 적립부분 해약환급금은 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 보험료 납입경과기간에 따라 제38조(해약환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 말합니다.
3 제1항의 적립부분 해약환급금은 제39조(보험계약대출)에 따른 보험계약대출이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 합니다.

[중도인출시 유의사항]
중도인출시 만기(해약)환급금에서 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해약)환급금이 감소합니다.

[중도인출금 한도 예시]
중도인출 시점에 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 의해 산출된 금액이 아래와 같은 경우
- 보통약관 해약환급금 : 120만원
- 적립부분 해약환급금 : 100만원

(적립부분 해약환급금이 보통약관 해약환급금보다 적음)
⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원
⇒ 이미 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 30만원으로 가정) 중도인출 가능액 = (100만원 − 30만원) × 80% = 56만원

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】
이 상품은 순수보장성 보험으로 계약자는 중도인출금을 신청할 수 없습니다.

제11조(만기환급금의 지급)
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【3종(납입면제형, 기본형)】
1 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감하고 지급합니다. 또한 이 약관에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 빼고 지급합니다.
2 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
3 회사는 제1항에 따른 만기환급금의 지급기일이 되면 지급기일 7일 이전에 지급사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알리며, 지급기일부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에 따릅니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】
이 상품은 순수보장성 보험으로 회사는 보험수익자에게 만기환급금을 지급하지 않습니다.

제12조(보험금을 받는 방법의 변경)
1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제13조(주소변경통지)
1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제14조(보험수익자의 지정)
보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제11조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 이외의 경우는 피보험자로 합니다.

[법정상속인]
피상속인의 사망으로 인하여 「민법」의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제15조(대표자의 지정)
1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 동일한 효력이 미칩니다.
3 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입 의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

[연대(連帶)]
2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 「상법」상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[「상법」 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)
1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]
1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예 : 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

2 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제24조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

3 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없습니다) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

4 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

[비례보상 예시]
보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우
· 상해사망 가입금액 : 1억원
· 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5
→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 $\times \frac{0.3}{0.5}$ = 6천만원

5 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제24조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.

4 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 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.

5 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

8 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제19조(사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, "인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액"을 차감한 금액. 이하 같습니다)를 돌려드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제20조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 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.

[보험가입금액 제한]
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.
[일부보장 제외]
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체부위를 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 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제21조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제22조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]
「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.
· 청약의 철회에 관한 사항
· 계약의 해지 및 해제
· 분쟁조정 절차에 관한 사항
· 예금자보호법에 따른 보호여부
· 환급금에 관한 사항
· 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
· 저축성 보험계약의 경우 적용이율 및 산출기준, 사업비 차감 및 금액에 관한 사항
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]
1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제23조(계약의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

[심신상실자(心神喪失者)]
의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

[심신박약자(心神薄弱者)]
심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제24조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
다만, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】 및 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】으로 체결한 계약의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]
계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의하여야

합니다.

6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 만기(해약)환급금]
보험료 등의 감액시 만기(해약)환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해약)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

7 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제25조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일 : 1996년 7월 2일, 계약일 : 2026년 1월 10일
⇒ 2026년 1월 10일 − 1996년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제26조(계약의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 사망을 보장하는 약관에서 보장하는 사유로 피보험자가 사망한 경우에는 해당 약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 다만, "강력범죄발생금 특별약관"은 해당 특별약관을 따릅니다.

5 제1항 및 제4항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제38조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

6 제1항 및 제5항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제39조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

제5관. 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[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.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 합니다.

제28조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제29조(보험료의 납입면제)

제3절. 납입면제조항 제13조(보험료의 납입면제), 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)), 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)), 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 및 제13조의5(보험료의 납입면제(4종))을 따릅니다.

제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

제3절. 납입면제조항 제14조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정), 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정) 및 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제31조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음

날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

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

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급하며, 해지 전에 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 계약을 해지하지 않고 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 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 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

3 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 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 제1항에 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

4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료 중 보장보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제20조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정

·전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제23조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다. 피보험자의 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조의2(위법계약의 해지)

1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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.

4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

[위법계약]
금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제36조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】
   가. 2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 상품 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
   나. 회사는 계약자가 2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)에 가입하는 경우 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
2. 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】
   가. 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 상품 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
   나. 회사는 계약자가 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)에 가입하는 경우 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
3. 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】
   가. 5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 상품 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
   나. 회사는 계약자가 5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)에 가입하는 경우 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
4. 표준형 상품이랑 보험료 산출 시 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장의 상품으로 실제 판매하지 않는 상품을 말합니다.
5. 독립특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다. 다만, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관은 해당 독립특별약관을 따릅니다.

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"(【별표2】 참조)에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

4 제35조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제39조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제41조(분쟁의 조정)

1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제43조(소멸시효)

보험금 청구권, 만기환급금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2026년 1월 1일에 발생하였음에도 2029년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제44조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

3 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를

가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제47조(개인정보보호)

1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제48조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자 보호에 관한 법률」, 「상법」, 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제49조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제2절. 보장조항

1. 상해사망 보장

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 보장의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 이 보장에서 "사망"이라 함은 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 이 보장에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계

약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제3절. 납입면제조항

※【1종(납입면제 강화형, 기본형)】,【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】,【3종(납입면제형, 기본형)】,【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】 가입시에만 적용합니다.
【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】 가입시에는 해당 납입면제조항을 적용하지 않습니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험료의 납입면제를 적용하며, 이차성암에 대해서는 납입면제를 적용하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험료의 납입면제를 적용합니다.

- 예시
  - C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 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

제2조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 보험료 납입기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험료 납입기간 중 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록

또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “뇌혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 보험료 납입기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험료 납입기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표28】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 보험료 납입기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험료 납입기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “허혈성심장질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 보험료 납입기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험료 납입기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조(“특정상해성뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 “특정상해성뇌출혈”이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “특정상해성뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제7조(“입원”의 정의 및 장소)

이 계약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조(“중환자실”의 정의)

이 계약에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제9조(“갑상선암”의 정의 및 진단확정)

1. 이 계약에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2. 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

3. “갑상선암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
4. 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 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

제10조(“수술”의 정의 및 장소)

1. 이 계약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2. 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3. 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4. 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
   1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
   2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
   3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
   4. 미용 또는 성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제11조(“출산”의 정의)

1 이 계약에서 “출산”이라 함은 보험기간 중에 피보험자가 임신하여 자녀를 출산한 경우를 말하며, 계약일 이전에 이미 출산한 자녀가 있다고 하더라도 계약일 이후에 발생한 출산만 “출산”으로 봅니다.

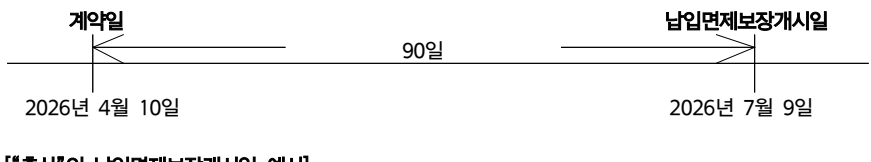
2 제1항의 “출산”은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.

3 제1항의 “출산”은 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서 등의 서류를 기초로 하여야 합니다.

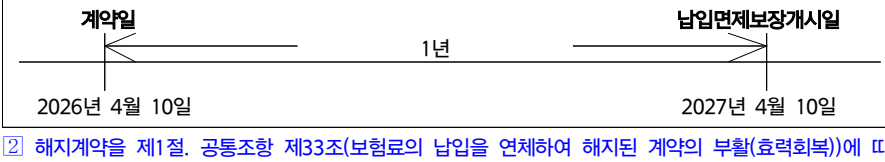
제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)

1 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암” 및 “출산”에 대한 납입면제보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. “암”: 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. “출산”: 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

[“암”의 납입면제보장개시일 예시]



[“출산”의 납입면제보장개시일 예시]



2 해지계약을 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “암” 및 “출산”에 대한 납입면제보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. “암”: 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. “출산”: 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

제13조(보험료의 납입면제)

1 회사는 계약자가 1종(납입면제 강화형, 기본형)으로 가입한 경우 제13조의2(보험료의 납입면제(1종))에 따라 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 회사는 계약자가 2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)으로 가입한 경우 제13조의3(보험료의 납입면제(2종))에 따라 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3 회사는 계약자가 3종(납입면제형, 기본형)으로 가입한 경우 제13조의4(보험료의 납입면제(3종))에 따라 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
4 회사는 계약자가 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)으로 가입한 경우 제13조의5(보험료의 납입면제(4종))에 따라 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제13조의2(보험료의 납입면제(1종))

1 이 조항은 1종(납입면제 강화형, 기본형)을 가입한 경우에만 적용 됩니다.
2 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
1. 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”의 납입면제보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정된 경우
2. “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우
3. “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우
4. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “상해50%이상후유장해”라 합니다)
5. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “질병50%이상후유장해”라 합니다)
6. “갑상선암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우

3 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “출산”의 납입면제보장개시일 이후에 “출산”하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후 1년간 보장보험료 납입을 최초 1회에 한하여 면제하여 드립니다. 단, 보통약관 기준 보험료 납입기간 종료일까지 1년이 남지 않은 경우에는 납입기간 종료일까지 납입면제하여 드립니다.
4 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제3항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 또는 제3항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제2항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 제2항에 따라 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
5 제2항에 따른 보장보험료 납입면제 대상이 피보험자 본인인 경우에는 납입면제기간 동안 적립보험료 납입이 중지됩니다.
6 제2항 및 제3항에도 불구하고, 갱신형 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
7 제2항 및 제3항에도 불구하고, 상해로 인하여 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
8 제2항 내지 제5항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
9 제3항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 회사는 납입면제기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입면제기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 문자메시지 등의 방법으로 안내하고, 계약자는 납입면제기간 종료 후부터 도래하는 계약상의 각 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.

제13조의3(보험료의 납입면제(2종))

1 이 조항은 2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)을 가입한 경우에만 적용 됩니다.
2 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
1. 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”의 납입면제보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정된 경우
2. “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우
3. “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우
4. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “상해50%이상후유장해”라 합니다)
5. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “질병50%이상후유장해”라 합니다)

6. “갑상선암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
7. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 “중환자실”에 2일이상 입원하여 치료를 받은 경우(이하 “상해중환자실입원”이라 합니다)
8. 진단확정된 질병으로 “중환자실”에 2일이상 입원하여 치료를 받은 경우(이하 “질병중환자실입원”이라 합니다)

3 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “출산”의 납입면제보장개시일 이후에 “출산”하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후 1년간 보장보험료 납입을 최초 1회에 한하여 면제하여 드립니다. 단, 보통약관 기준 보험료 납입기간 종료일까지 1년이 남지 않은 경우에는 납입기간 종료일까지 납입면제하여 드립니다.

4 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제3항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 또는 제3항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제2항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 제2항에 따라 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

5 제2항 및 제3항에도 불구하고, 갱신형 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

6 제2항 및 제3항에도 불구하고, 상해로 인하여 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

7 제2항 제8호에도 불구하고, 다음 중 어느 하나의 사유로 제2항 제8호의 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

8 제2항 내지 제4항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

9 제3항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 회사는 납입면제기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입면제기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 문자메시지 등의 방법으로 안내하고, 계약자는 납입면제기간 종료 후부터 도래하는 계약상의 각 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.

제13조의4(보험료의 납입면제(3종))

1 이 조항은 3종(납입면제형, 기본형)을 가입한 경우에만 적용 됩니다.

2 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 납입면제보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정된 경우
2. “뇌졸중”으로 진단확정된 경우
3. “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우

4. “특정상해성뇌출혈”로 진단확정된 경우

3 제2항에 따른 보장보험료 납입면제 대상이 피보험자 본인인 경우에는 납입면제기간 동안 적립보험료 납입이 중지됩니다.

4 제2항에도 불구하고, 갱신형 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

5 제2항에도 불구하고, 상해로 인하여 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

6 제2항 내지 제3항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제13조의5(보험료의 납입면제(4종))

1 이 조항은 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)을 가입한 경우에만 적용 됩니다.

2 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 납입면제보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정된 경우
2. “뇌졸중”으로 진단확정된 경우
3. “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우
4. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “상해80%이상후유장해”라 합니다)
5. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “질병80%이상후유장해”라 합니다)
6. “특정상해성뇌출혈”로 진단확정된 경우

3 제2항에도 불구하고, 갱신형 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 제2항에도 불구하고, 상해로 인하여 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

5 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제14조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제13조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 [“암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안] 및 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)

1 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호, 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제7호 및 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호, 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제7호 및 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 정한 보험료의 납입면제사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료의 납입면제사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 납입면제사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 납입면제사유가 되지 않았던 장해 또는 납입면제가 되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 50%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 상해로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호, 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제8호 및 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호, 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제8호 및 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 정한 보험료의 납입면제사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료의 납입면제사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 납입면제사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 납입면제사유가 되지 않았던 장해 또는 납입면제가 되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 50%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 질병으로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604
1. 상해관련 특별약관

1-1. 상해사망추가 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 이 특별약관에서 "사망"이라 함은 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-2. 상해사망(체증형) 특별약관

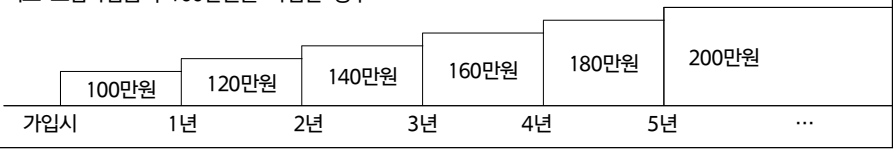
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 사망일이 속한 경과기간에 따른 "지급대상금액"을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "지급대상금액"은 계약일로부터 1년이 경과할 때마다 이 특별약관의 보험가입금액에서 20%씩 체증하는 금액을 말하며, 최대 5회 체증합니다.

[지급대상금액 예시]

최초 보험가입금액 100만원을 가입한 경우



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관에서 "사망"이라 함은 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-3. 상해50%이상후유장해 특별약관(1,2종)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 50%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유

가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장해보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-4. 상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때

에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장해보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-5. 상해후유장해(3-100%), 상해후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의

보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가

선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 상해후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-6. 특정기간상해후유장해(3-100%) 특별약관

제1조(“특정기간”의 정의)
이 특별약관에서 “특정기간”이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 1월, 2월, 7월 및 8월을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 “특정기간”에 발생한 상해의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내
3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
4 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-7. 통합상해진단비Ⅱ(상해부위별연간1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 통합상해진단비Ⅱ(경증상해,상해부위별연간1회한)
- 통합상해진단비Ⅱ(중등증상해,상해부위별연간1회한)
- 통합상해진단비Ⅱ(중증상해,상해부위별연간1회한)

제1조("상해사고"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "상해사고"라 함은 통합상해분류표(【별표3】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "상해사고"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사는 "상해사고"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 "상해사고"로 진단확정된 경우에는 세부보장("경증상해", "중등증상해", "중증상해")의 부위별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 통합상해진단비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	부위	지급금액
통합상해진단비Ⅱ (경증상해,상해부위별연간1회한)	머리 및 목	통합상해진단비Ⅱ (경증상해,상해부위별연간1회한)의 보험가입금액
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	
통합상해진단비Ⅱ (중등증상해,상해부위별연간1회한)	머리 및 목	통합상해진단비Ⅱ (중등증상해,상해부위별연간1회한)의 보험가입금액
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	
통합상해진단비Ⅱ (중증상해,상해부위별연간1회한)	머리 및 목	통합상해진단비Ⅱ (중증상해,상해부위별연간1회한)의 보험가입금액
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	

2 제1항의 통합상해진단비Ⅱ는 “상해사고”의 직접적인 원인 및 부위에 상관없이 각 세부보장의 부위별로 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-8. 골절(치아파절제외)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절(치아파절제외) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 골절(이하 “골절”이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 골절(치아파절제외)진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접

적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 상해사망 보장 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-9. 골절(치아파절포함)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 골절(이하 "골절"이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 골절(치아파절포함)진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절포함)진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 상해사망 보장 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-10. 5대골절진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 5대골절 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 5대골절(이하 "5대골절"이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 5대골절진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 상해사망 보장 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-11. 특정기간골절(치아파절제외)진단비 특별약관

제1조("특정기간"의 정의)
이 특별약관에서 "특정기간"이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 1월, 2월, 7월 및 8월을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "특정기간"에 발생한 상해의 직접 결과로써 골절(치아파절제외) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 골절(이하 "골절"이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 골절(치아파절제외)진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)진단비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-12. 화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 화상으로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 화상진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.
3 제1항 및 제2항의 "화상"이라 함은 화상 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-13. 화상진단비(표재성포함2도이상,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 화상으로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 화상진단비는 화상진단의 직접적인 원인 및 부위에 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "화상"이라 함은 화상 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 표재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
4 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관 제2절. 상해사망 보장 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 회사는 다음의 상병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 머리 및 목의 1도 화상 및 부식(T20.1, T20.5)
2. 몸통의 1도 화상 및 부식(T21.1, T21.5)
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 1도 화상 및 부식(T22.1, T22.5)
4. 손목 및 손의 1도 화상 및 부식(T23.1, T23.5)
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 1도 화상 및 부식(T24.1, T24.5)
6. 발목 및 발의 1도 화상 및 부식(T25.1, T25.5)
7. 1도 화상의 언급만 있는 여러 신체 부위의 화상(T29.1)
8. 1도 부식의 언급만 있는 여러 신체 부위의 부식(T29.5)
9. 상세불명 신체부위의 1도 화상 및 부식(T30.1, T30.5)

제3조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-14. 특정기간화상진단비 특별약관

제1조("특정기간"의 정의)
이 특별약관에서 "특정기간"이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 1월, 2월, 7월 및 8월을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "특정기간"에 발생한 상해의 직접 결과로써 화상으로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 화상진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.

3 제1항 및 제2항의 "화상"이라 함은 화상 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-15. 특정상해성뇌출혈진단비 특별약관

제1조("특정상해성뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정상해성뇌출혈"이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정상해성뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 "특정상해성뇌출혈"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정상해성뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정상해성뇌출혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정상해성뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정상해성뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정상해성뇌출혈진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-16. 상해수술비 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상해수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-17. 상해수술비(치아파절및치아탈구제외) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(단, 치아파절 및 치아탈구는 제외합니다. 이하 같습니다.)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 “치아파절 및 치아탈구”란 치아파절 및 치아탈구 분류표(【별표87】 참조)에서 정한 “치아파절” 및 “치아탈구”를 말합니다.
3 제1항의 상해수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 회사는 다음의 상병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 치아파절 및 치아탈구 분류표(【별표87】 참조)에서 정한 “치아파절” 및 “치아탈구”
3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-18. 상해종합병원수술비 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 상해종합병원수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해종합병원수술비를 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-19. 상해상급종합병원수술비 특별약관

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(“상급종합병원”의 정의)
이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상해상급종합병원수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해상급종합병원수술비를 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)

5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

1-20. 상해1-5종수술비IV(수술1회당) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 상해1-5종수술비IV(수술1회당)(1종)
- 상해1-5종수술비IV(수술1회당)(2종)
- 상해1-5종수술비IV(수술1회당)(3종)
- 상해1-5종수술비IV(수술1회당)(4종)
- 상해1-5종수술비IV(수술1회당)(5종)

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해1-5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	상해1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(1종)의 보험가입금액
2종	상해1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(2종)의 보험가입금액
3종	상해1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(3종)의 보험가입금액
4종	상해1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(4종)의 보험가입금액
5종	상해1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(5종)의 보험가입금액

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 상해1-5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-21. 여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)(1종)
- 여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)(2종)
- 여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)(3종)
- 여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)(4종)
- 여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)(5종)

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(여성생애1-5종수술 분류표(【별표11】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 여성생애1-5종수술 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 여성생애1-5종수술 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래의 금액을 여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)로 보험수익자에게 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)(1종)의 보험가입금액
2종	여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)(2종)의 보험가입금액
3종	여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)(3종)의 보험가입금액
4종	여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)(4종)의 보험가입금액
5종	여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)(5종)의 보험가입금액

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당)를 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-22. 여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)(1종)
- 여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)(2종)
- 여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)(3종)
- 여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)(4종)
- 여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)(5종)

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(여성생애주요1-5종수술 분류표(【별표12】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 여성생애주요1-5종수술 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 여성생애주요1-5종수술 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래의 금액을 여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)로 보험수익자에게 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)(1종)의 보험가입금액
2종	여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)(2종)의 보험가입금액
3종	여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)(3종)의 보험가입금액
4종	여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)(4종)의 보험가입금액
5종	여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)(5종)의 보험가입금액

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당)를 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-23. 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)

제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술 및 시술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(한의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 "수술시술코드"라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "수술 및 시술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의 "수술시술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"분류체계에 따라 부여된 "ADRG(Adjacent DRG)"중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]
건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원여부와 관계없이 적용합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

[주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

4 제3항에도 불구하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 "수술시술코드"가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 "수술시술코드"를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표(【】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

[예시]
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

6 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적방사선 치료, 양성자 치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

진료행위	코드
1. 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
2. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
3. 뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
4. 뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
5. 뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
6. 양성자치료[1회당]-1~2문 치료	HD122
7. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 미만	HD123
8. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 이상	HD124
9. 체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
10. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 아래의 금액을 상해1-8종수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

수술시술 종류	지급금액
1종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)의 보험가입금액
2종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)의 보험가입금액
3종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)의 보험가입금액
4종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)의 보험가입금액
5종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)의 보험가입금액
6종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)의 보험가입금액
7종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)의 보험가입금액
8종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 수술 및 시술을 받은 날로 합니다.

3 다만, 제1항 및 제2항에도 불구하고 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술시술코드에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우에는 제1항의 상해1-8종수술비를 지급하지 않습니다. 이 때 30일이라 함은 상해1-8종수술비가 지급된 수술시술코드에 대하여 그 수술 및 시술이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술시술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 상해1-8종수술비를 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 그 수술시술코드 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술시술코드에 한하여 상해1-8종수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표13】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

[예시]

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

3 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해1-8종수술비를 지급합니다.

5 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

[예시]

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)"에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

6 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 상해1-8종수술비와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 상해1-8종수술비를 각각 지급합니다.

7 "복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)", "개복에 의한 단순 자궁수술(악성종양 제외)(N032)", "분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

8 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로

인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표13】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

4 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(증도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-24. 상해성뇌출혈수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니

다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 상해성뇌출혈 분류표【별표9】 참조)에서 정한 상해성뇌출혈의 직접적인 치료를 목적으로 천공술(두개골에 구멍이나 창을 내는 수술)을 시행한 경우는 수술로 인정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 상해성뇌출혈 분류표(【별표9】 조)에서 정한 상해성뇌출혈로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해성뇌출혈수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도

인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-25. 상해흉터복원수술비Ⅱ, Lady여성질환치유패키지(상해흉터복원수술비Ⅱ) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
6. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 안면부, 상지, 하지에 외형상의 흉터나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 직접적인 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	안면부	상지·하지
지급액	수술 1㎝당 20만원	수술 1㎝당 10만원(단, 3㎝ 이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술㎝는 최장직경으로 합니다.

2 제1항에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 1,000만원을 한도로 지급합니다. 다만, 같은 부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 정한 안면부, 상지, 하지는 다음과 같습니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 어깨관절 이하의 팔부분을 말합니다.

3. 하지란 엉덩이관절 이하의 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말합니다. 다만, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-26. 상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1. 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
2. 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4. 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-27. 상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1. 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
2. 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4. 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5. 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6. 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-28. 상해중환자실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에

의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-29. 상해중환자실입원비(1일이상10일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말

합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-30. 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해상급종합병원입원비의 지급일수

는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해상급종합병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

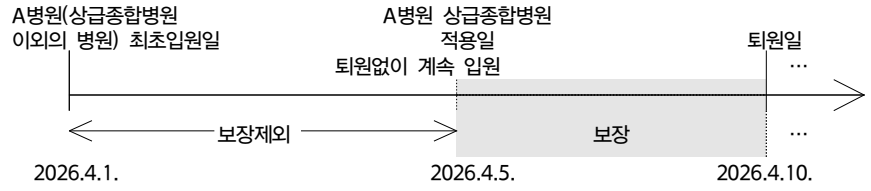
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

6 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

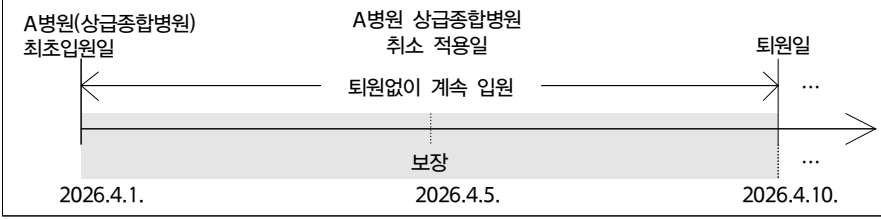
7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-31. 상해종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

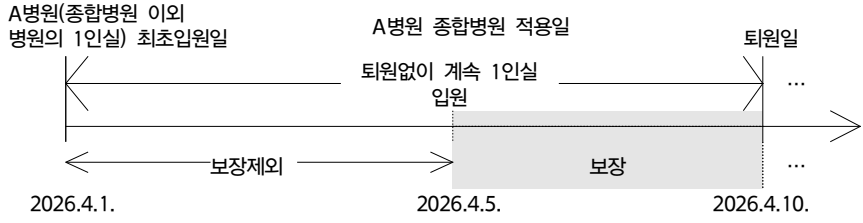
제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

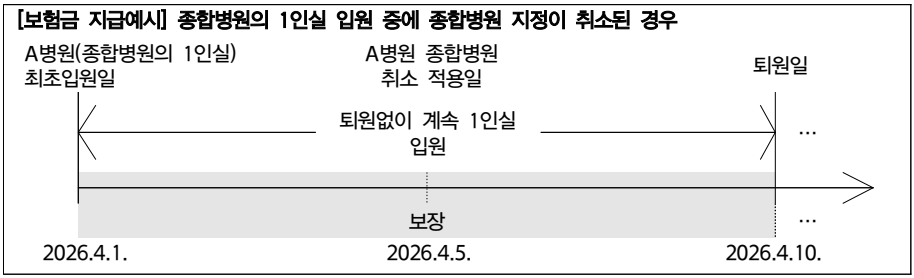
제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해종합병원1인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해종합병원1인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1. 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2. 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해종합병원1인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4. 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5. 피보험자가 종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6. 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원의 1인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7. 피보험자가 종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원으로 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외 병원의 1인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



8 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



9 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-32. 상해상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원1인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해상급종합병원1인실 입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여

는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해상급종합병원 1인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

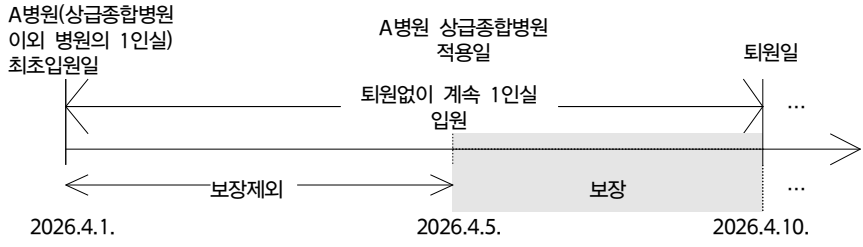
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

6 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 1인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

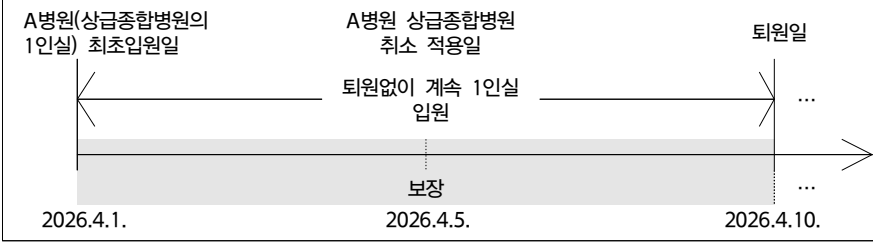
7 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외 병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



8 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



9 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

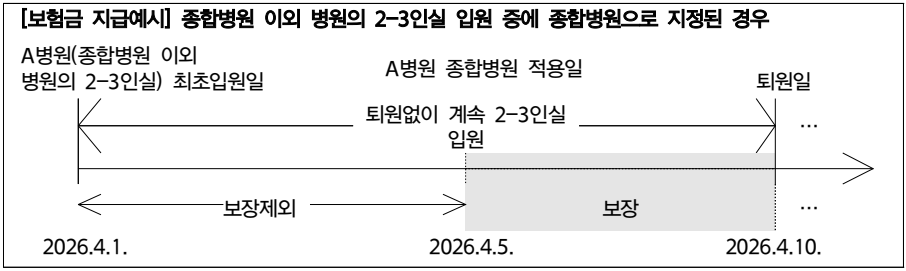
1-33. 상해종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

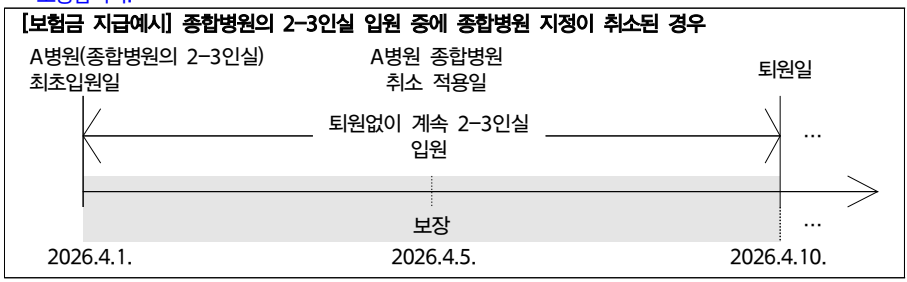
제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해종합병원2-3인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해종합병원2-3인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해종합병원2-3인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 종합병원의 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6 피보험자가 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원의 2-3인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 종합병원 이외 병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원으로 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



8 피보험자가 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경

우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-34. 상해상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원2-3인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해상급종합병원2-3인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해상급종합병원

2-3인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

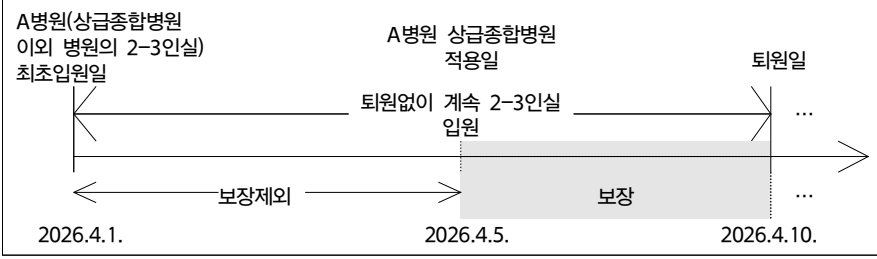
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

6 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 2-3인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

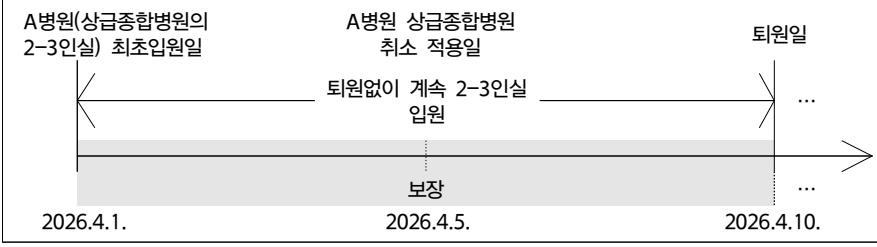
7 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외 병원의 2-3인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



8 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원의 2-3인실 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(증도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-35. 간병인사용상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

구분	간병인사용상해입원비Ⅱ (1일이상180일한도) 특별약관
간병인사용상해입원비 (요양병원제외) 세부보장	간병인사용상해입원비Ⅱ(요양병원제외, 1일이상180일한도)
간병인사용상해입원비 (요양병원) 세부보장	간병인사용상해입원비Ⅱ(요양병원, 1일이상180일한도)
간병인사용상해입원비 (간호간병통합서비스) 세부보장	간병인사용상해입원비Ⅱ(간호간병통합서비스, 1일이상180일한도)

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용상해입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	1일당 지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인사용상해입원비(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	간병인사용상해입원비(요양병원제외) 세부보장의 보험가입금액

2 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]
· 보험가입금액 : 2만원
① 간병인 사용일 및 금액:
2026년 4월 10일 ~ 4월 17일, 총 88만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 11만원(7만원 이상 해당)
2만원 × 8일 = 16만원 지급

② 간병인 사용일 및 금액:
2026년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 간병인사용상해입원비(요양병원) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용상해입원비(요양병원)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

5 제1항 내지 제3항의 “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

6 이 특별약관에서 “간병서비스”란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 제4항의 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

7 제5항의 “사업자”는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)를 지급합니다.

2 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부

또는 일부를 지급하지 않습니다.
6 제3항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-36. 상해MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조 ("급여 MRI촬영검사"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 MRI촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 MRI촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규

정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 MRI촬영검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 MRI촬영검사 인정기준”을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 “급여 MRI촬영검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 MRI촬영검사”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해MRI촬영검사비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 상해MRI촬영검사비는 “급여 MRI촬영검사”의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 MRI촬영검사”를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 진료비계산서, 진료기록부 등 (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-37. 상해CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조 (“급여 CT촬영검사”의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 “급여 CT촬영검사”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여

에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 CT촬영검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
전산화단층영상진단	다-245

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 “급여 CT촬영검사”는 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 CT촬영검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 CT촬영검사 인정기준”을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 “급여 CT촬영검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 CT촬영검사”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해CT촬영검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상해CT촬영검사비는 “급여 CT촬영검사”의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 CT촬영검사”를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 진료비계산서, 진료기록부 등 (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이

특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-38. 강력범죄발생금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에서 정한 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 「형법」 제24장(살인의 죄)에 규정한 살인죄
2. 「형법」 제25장(상해와 폭행의 죄)에 규정한 상해와 폭행의 죄
3. 「형법」 제32장(강간과 추행의 죄)에 규정한 강간죄
4. 「형법」 제38장(절도와 강도의 죄)에 규정한 강도죄
5. 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 「폭처법」이라 합니다)에 규정한 폭행 등의 죄

(관련법령 【부록】 참조)

② 제1항에도 불구하고 제1항 제1호의 살인(살인에 준하는 미수를 포함합니다), 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭행 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에 한하여 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조(단체 등의 구성·활동)(【부록】 참조)에 규정한 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 피해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 또는 직계존비속에 의한 피해
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 피해

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 사건·사고사실확인원(관할 경찰서장 발행)
   나. 의사진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나.의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험

료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-39. 상해고압산소치료비(급여,치료1회당)(갱신형) 특별약관

제1조("급여 고압산소요법치료"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 고압산소요법치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 고압산소요법치료"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 고압산소요법치료 분류표(【별표153】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 고압산소요법치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[급여 고압산소요법치료]
자586 고압산소요법은 동일 날 오전·오후로 나누어 시행할 경우에는 실 처치시간을 합산하여 해당항목의 소정점수를 산정하며, 다음과 같이 요양 급여함.
- 다 음 -
가. 일산화탄소중독, 감압병(잠수병), 가스색전증, 혐기성세균감염증(가스괴저증), 시안화물중독증, 시력소실 24시간 이내 급성기 중심망막 동맥폐쇄, 수혈이 불가능한 경우의 과도한 출혈에 의한 빈혈
나. 화상, 버거씨병, 식피술 또는 피판술 후, 수지접합수술 후, 방사선치료 후 발생한 조직괴사,당뇨병성 족부 궤양(Wagner grade 3 이상), 치료에 반응하지 않는 만성 난치성 골수염, 두개내 농양 등에통상 2주 이내로 실시함을 원칙으로 하며, 연장 실시가 반드시 필요한 경우에는 사례별 인정
다. 초기 청력역치 80dB 이상의 돌발성 난청환자에서 고압산소요법을 1회 60~120분이내로 실시한 경우 인정

2 제1항의 "급여 고압산소요법치료"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3 제1항 및 제2항도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 고압산소요법치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 고압산소요법치료 인정기준"을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 고압산소요법치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 "급여 고압산소요법치료"를 받은 경우에는 치료 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 급여 고압산소요법치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서 등)
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구 시

급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 잇는 대체서류를 제출하여야 합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604 2. 질병관련 특별약관

2-1. 질병사망, 질병사망(연만기), 질병사망(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접 결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

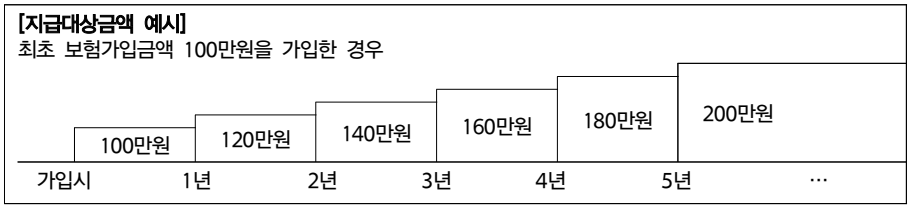
제3조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 질병사망(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-2. 질병사망(체증형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접 결과로써 사망한 경우에는 사망일이 속한 경과기간에 따른 “지급대상금액”을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 “지급대상금액”은 계약일로부터 1년이 경과할 때마다 이 특별약관의 보험가입금액에서 20%씩 체증하는 금액을 말하며, 최대 5회 체증합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-3. 질병사망(암(4대유사암제외)진단후보장강화) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
  - C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 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

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "암"으로 진단확정되고, 질병의 직접 결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금(암(4대유사암제외)진단후보장강화)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 사망보험금(암(4대유사암제외)진단후보장강화)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 사망보험금(암(4대유사암제외)진단후보장강화)에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

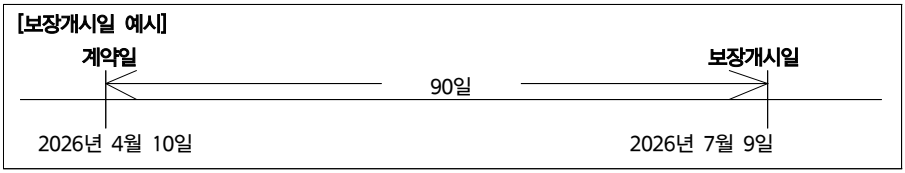
제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금(암(4대유사암제외)진단후보장강화)을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관 보험료 납입중지)

1 보험료 납입기간 중 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "암"으로 진단확정된 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료는 납입이 중지됩니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 중지되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-4. 질병50%이상후유장해 특별약관(1,2종)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때

에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 상해로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 50%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장해보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-5. 질병80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
   1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
   2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내
3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
   1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
   2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 상해로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장해보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-6. 질병후유장해(3-100%), 질병후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
   1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
   2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내
3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에

관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 상해로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

8 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 질병후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-7. 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비, 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 13개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(입술,구강및인두암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(대장암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정소화기관암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(폐암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정호흡기및흉곽내기관암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(유방암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정여성생식기관암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(자궁관련암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(난소암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(비뇨기관암(요로암))
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(혈액암)
2. 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(입술,구강및인두암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(대장암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정소화기관암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(폐암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정호흡기및흉곽내기관암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(유방암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정여성생식기관암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(자궁관련암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(난소암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(비뇨기관암(요로암))(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(혈액암)(갱신형)

제1조("여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"이라 함은 "입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)" 및 "혈액암"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "입술,구강및인두암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14

3 이 특별약관에서 "대장암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 결장의 악성 신생물	C18
2. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
3. 직장의 악성신생물	C20
4. 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5

4 이 특별약관에서 "특정소화기관암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니

다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 위의 악성 신생물	C16
3. 소장의 악성 신생물	C17
4. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
5. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
6. 담낭의 악성 신생물	C23
7. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
8. 췌장의 악성 신생물	C25
9. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
10. 소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
11. 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
12. 위의 이차성 악성 신생물	C78.80
13. 췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
14. 비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
15. 기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
16. 상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89

5 이 특별약관에서 “폐암(전이암포함)”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 기관의 악성 신생물	C33
2. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
3. 폐의 이차성 악성 신생물	C78.0

6 이 특별약관에서 “특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
2. 부비동의 악성 신생물	C31
3. 후두의 악성 신생물	C32
4. 흉선의 악성 신생물	C37
5. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
6. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
7. 종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
8. 흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
9. 기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3

7 이 특별약관에서 “뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
2. 피부의 악성 흑색종	C43
3. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
4. 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
5. 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물	C77
6. 후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
7. 피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
8. 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
9. 골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
10. 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
11. 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
12. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
13. 독립된(원발성) 여러부위의 악성 신생물	C97

8 이 특별약관에서 "유방암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80

9 이 특별약관에서 "특정여성생식기관암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 외음의 악성 신생물	C51
2. 질의 악성 신생물	C52
3. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
4. 태반의 악성 신생물	C58
5. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

10 이 특별약관에서 "자궁관련암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁경부의 악성 신생물	C53
2. 자궁체부의 악성 신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55

11 이 특별약관에서 "난소암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 난소의 악성 신생물	C56
2. 난소의 이차성 악성 신생물	C79.6

12 이 특별약관에서 "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 요로의 악성 신생물	C64~C68
2. 신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
3. 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1

13 이 특별약관에서 "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
2. 부신의 악성 신생물	C74
3. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C75
4. 뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
5. 부신의 이차성 악성 신생물	C79.7

14 이 특별약관에서 "혈액암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
2. 진성 적혈구증가증	D45
3. 골수형성이상증후군	D46
4. 만성 골수증식질환	D47.1
5. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
6. 골수섬유증	D47.4
7. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

15 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

16 제15항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제15항에 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

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)" 및 "혈액암")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간	
	90일이하	90일 초과
입술,구강및인두암	–	입술,구강및인두암진단비[주1)]의 보험가입금액
대장암 (전이암포함)	–	대장암진단비[주2)]의 보험가입금액
특정소화기관암 (전이암포함)	–	특정소화기관암진단비[주3)]의 보험가입금액
폐암 (전이암포함)	–	폐암진단비[주4)]의 보험가입금액
특정호흡기및 흉곽내기관암 (전이암포함)	–	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5)]의 보험가입금액
뼈,관절,악성흑색종, 중피성및연조직암 (전이암포함)	–	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6)]의 보험가입금액
유방암 (전이암포함)	–	유방암진단비[주7)]의 보험가입금액
특정여성생식기관암 (전이암포함)	–	특정여성생식기관암진단비[주8)]의 보험가입금액
자궁관련암	–	자궁관련암진단비[주9)]의 보험가입금액
난소암 (전이암포함)	–	난소암진단비[주10)]의 보험가입금액
비뇨기관암 (요로암) (전이암포함)	–	비뇨기관암(요로암)진단비[주11)]의 보험가입금액
눈,뇌,중추신경계통및 내분비선암 (전이암포함)	–	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12)]의 보험가입금액
혈액암	–	혈액암진단비[주13)]의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간		
	90일이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
입술,구강및인두암	–	입술,구강및인두암진단비[주1])의 보험가입금액 50%	입술,구강및인두암진단비[주1])의 보험가입금액
대장암 (전이암포함)	–	대장암진단비[주2])의 보험가입금액 50%	대장암진단비[주2])의 보험가입금액
특정소화기관암 (전이암포함)	–	특정소화기관암진단비[주3]) 의 보험가입금액 50%	특정소화기관암진단비[주3])의 보험가입금액
폐암 (전이암포함)	–	폐암진단비[주4])의 보험가입금액 50%	폐암진단비[주4])의 보험가입금액
특정호흡기및 흉곽내기관암 (전이암포함)	–	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5]) 의 보험가입금액 50%	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5])의 보험가입금액
뼈,관절,악성흑색종, 중피성및연조직암 (전이암포함)	–	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6])의 보험가입금액의 50%	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6])의 보험가입금액
유방암 (전이암포함)	–	유방암진단비[주7])의 보험가입금액 50%	유방암진단비[주7])의 보험가입금액
특정여성생식기관암 (전이암포함)	–	특정여성생식기관암진단비[주8])의 보험가입금액 50%	특정여성생식기관암진단비[주8]) 의 보험가입금액
자궁관련암	–	자궁관련암진단비[주9])의 보험가입금액 50%	자궁관련암진단비[주9])의 보험가입금액
난소암 (전이암포함)	–	난소암진단비[주10])의 보험가입금액 50%	난소암진단비[주10])의 보험가입금액
비뇨기관암 (요로암) (전이암포함)	–	비뇨기관암(요로암)진단비[주11])의 보험가입금액 50%	비뇨기관암(요로암)진단비[주11]) 의 보험가입금액
눈,뇌,중추신경계통및 내분비선암 (전이암포함)	–	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암 진단비[주12])의 보험가입금액 50%	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12])의 보험가입금액
혈액암	–	혈액암진단비[주13])의 보험가입금액 50%	혈액암진단비[주13])의 보험가입금액

주1) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(입술,구강및인두암)
주2) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(대장암)
주3) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정소화기관암)
주4) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(폐암)
주5) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정호흡기및흉곽내기관암)
주6) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)
주7) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(유방암)
주8) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정여성생식기관암)
주9) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(자궁관련암)
주10) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(난소암)
주11) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(비뇨기관암(요로암))
주12) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)
주13) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(혈액암)

2. 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(갱신형) 특별약관
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】,【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 경과기간		
	90일이하	90일 초과	
입술,구강및인두암	–	입술,구강및인두암진단비[주1]의 보험가입금액	
대장암 (전이암포함)	–	대장암진단비[주2]의 보험가입금액	
특정소화기관암 (전이암포함)	–	특정소화기관암진단비[주3]의 보험가입금액	
폐암 (전이암포함)	–	폐암진단비[주4]의 보험가입금액	
특정호흡기및 흉곽내기관암 (전이암포함)	–	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5]의 보험가입금액	
뼈,관절,악성흑색종, 중피성및연조직암 (전이암포함)	–	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6]의 보험가입금액	
유방암 (전이암포함)	–	유방암진단비[주7]의 보험가입금액	
특정여성생식기관암 (전이암포함)	–	특정여성생식기관암진단비[주8]의 보험가입금액	
자궁관련암	–	자궁관련암진단비[주9]의 보험가입금액	
난소암 (전이암포함)	–	난소암진단비[주10]의 보험가입금액	
비뇨기관암 (요로암) (전이암포함)	–	비뇨기관암(요로암)진단비[주11]의 보험가입금액	
눈,뇌,중추신경계통및 내분비선암 (전이암포함)	–	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12]의 보험가입금액	
혈액암	–	혈액암진단비[주13]의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 경과기간			
	90일이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
입술,구강및인두암	–	입술,구강및인두암진단비[주1]의 보험가입금액 50%	입술,구강및인두암진단비[주1]의 보험가입금액	
대장암 (전이암포함)	–	대장암진단비[주2]의 보험가입금액 50%	대장암진단비[주2]의 보험가입금액	
특정소화기관암 (전이암포함)	–	특정소화기관암진단비[주3] 의 보험가입금액 50%	특정소화기관암진단비[주3]의 보험가입금액	
폐암 (전이암포함)	–	폐암진단비[주4]의 보험가입금액 50%	폐암진단비[주4]의 보험가입금액	
특정호흡기및 흉곽내기관암 (전이암포함)	–	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5] 의 보험가입금액 50%	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5]의 보험가입금액	
뼈,관절,악성흑색종, 중피성및연조직암 (전이암포함)	–	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6]의 보험가입금액의 50%	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6]의 보험가입금액	
유방암 (전이암포함)	–	유방암진단비[주7]의 보험가입금액 50%	유방암진단비[주7]의 보험가입금액	
특정여성생식기관암 (전이암포함)	–	특정여성생식기관암진단비[주8]의 보험가입금액 50%	특정여성생식기관암진단비[주8]의 보험가입금액	
자궁관련암	–	자궁관련암진단비[주9]의 보험가입금액 50%	자궁관련암진단비[주9]의 보험가입금액	
난소암 (전이암포함)	–	난소암진단비[주10]의 보험가입금액 50%	난소암진단비[주10]의 보험가입금액	
비뇨기관암 (요로암) (전이암포함)	–	비뇨기관암(요로암)진단비[주11]의 보험가입금액 50%	비뇨기관암(요로암)진단비[주11] 의 보험가입금액	
눈,뇌,중추신경계통및 내분비선암 (전이암포함)	–	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암 진단비[주12]의 보험가입금액 50%	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12]의 보험가입금액	
혈액암	–	혈액암진단비[주13]의 보험가입금액 50%	혈액암진단비[주13]의 보험가입금액	

주1) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(입술,구강및인두암)(갱신형)
주2) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(대장암)(갱신형)
주3) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정소화기관암)(갱신형)
주4) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(폐암)(갱신형)
주5) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정호흡기및흉곽내기관암)(갱신형)
주6) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)(갱신형)
주7) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(유방암)(갱신형)
주8) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(특정여성생식기관암)(갱신형)
주9) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(자궁관련암)(갱신형)
주10) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(난소암)(갱신형)
주11) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(비뇨기관암(요로암))(갱신형)
주12) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)(갱신형)
주13) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(혈액암)(갱신형)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우

에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 입술,구강및인두암진단비, 대장암진단비, 특정소화기관암진단비, 폐암진단비, 특정호흡기및흉곽내기관암진단비, 뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비, 유방암진단비, 특정여성생식기관암진단비, 자궁관련암진단비, 난소암진단비, 비뇨기관암(요로암)진단비, 눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비, 혈액암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비를 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)" 및 "혈액암")로 각각 1회씩 총 13회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

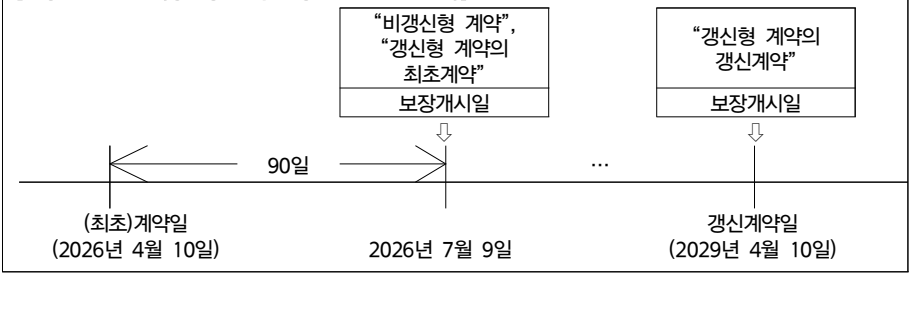
3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 3년 기준)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-8. 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ, 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 13개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(입술,구강및인두암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(대장암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정소화기관암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(폐암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(유방암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정여성생식기관암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(자궁관련암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(난소암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(비뇨기관암(요로암))
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(림프및조혈관련특정암)

2. 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(입술,구강및인두암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(대장암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정소화기관암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(폐암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(유방암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정여성생식기관암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(자궁관련암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(난소암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(비뇨기관암(요로암))(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)(갱신형)
- 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(림프및조혈관련특정암)(갱신형)

제1조("여성통합암(4대유사암제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “여성통합암(4대유사암제외)”라 함은 “입술,구강및인두암”, “대장암”, “특정소화기관암”, “폐암”, “특정호흡기및흉곽내기관암”, “뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암”, “유방암”, “특정여성생식기관암”, “자궁관련암”, “난소암”, “비뇨기관암(요로암)”, “눈,뇌,중추신경계통및내분비선암” 및 “림프및조혈관련특정암”을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 “입술,구강및인두암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14

3 이 특별약관에서 “대장암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 결장의 악성 신생물	C18
2. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
3. 직장의 악성신생물	C20

4 이 특별약관에서 “특정소화기관암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 위의 악성 신생물	C16
3. 소장의 악성 신생물	C17
4. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
5. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
6. 담낭의 악성 신생물	C23
7. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
8. 췌장의 악성 신생물	C25
9. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26

5 이 특별약관에서 “폐암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 기관의 악성 신생물	C33
2. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

6 이 특별약관에서 “특정호흡기및흉곽내기관암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
2. 부비동의 악성 신생물	C31
3. 후두의 악성 신생물	C32
4. 흉선의 악성 신생물	C37
5. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
6. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39

7 이 특별약관에서 “뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
2. 피부의 악성 흑색종	C43
3. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49

8 이 특별약관에서 “유방암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50

9 이 특별약관에서 “특정여성생식기관암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 외음의 악성 신생물	C51
2. 질의 악성 신생물	C52
3. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
4. 태반의 악성 신생물	C58

10 이 특별약관에서 “자궁관련암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁경부의 악성 신생물	C53
2. 자궁체부의 악성 신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55

11 이 특별약관에서 “난소암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 난소의 악성 신생물	C56

12 이 특별약관에서 “비뇨기관암(요로암)”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 요로의 악성 신생물	C64~C68

13 이 특별약관에서 “눈,뇌,중추신경계통및내분비선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
2. 부신의 악성 신생물	C74
3. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C75

14 이 특별약관에서 “림프및조혈관련특정암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
2 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
3 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
4 진성 적혈구증가증	D45
5 골수형성이상증후군	D46
6 만성 골수증식질환	D47.1
7 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
8 골수섬유증	D47.4
9 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

15 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

16 "여성통합암(4대유사암제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "여성통합암(4대유사암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

17 제16항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "여성통합암(4대유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제16항에 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

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "여성통합암(4대유사암제외)"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암", "특정소화기관암", "폐암", "특정호흡기및흉곽내기관암", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암", "유방암", "특정여성생식기관암", "자궁관련암", "난소암", "비뇨기관암(요로암)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암" 및 "림프및조혈관련특정암")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성통합암(4대유사암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간	
	90일이하	90일 초과
입술,구강및인두암	–	입술,구강및인두암진단비[주1]의 보험가입금액
대장암	–	대장암진단비[주2]의 보험가입금액
특정소화기관암	–	특정소화기관암진단비[주3]의 보험가입금액
폐암	–	폐암진단비[주4]의 보험가입금액
특정호흡기및 흉곽내기관암	–	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5]의 보험가입금액
뼈,관절,악성흑색종, 중피성및연조직암	–	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6]의 보험가입금액
유방암	–	유방암진단비[주7]의 보험가입금액
특정여성생식기관암	–	특정여성생식기관암진단비[주8]의 보험가입금액
자궁관련암	–	자궁관련암진단비[주9]의 보험가입금액
난소암	–	난소암진단비[주10]의 보험가입금액
비뇨기관암(요로암)	–	비뇨기관암(요로암)진단비[주11]의 보험가입금액
눈,뇌,중추신경계통및 내분비선암	–	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12]의 보험가입금액
림프및조혈관련특정암	–	림프및조혈관련특정암진단비[주13]의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간		
	90일이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
입술,구강및인두암	–	입술,구강및인두암진단비[주1] 보험가입금액의 50%	입술,구강및인두암진단비[주1]의 보험가입금액
대장암	–	대장암진단비[주2] 보험가입금액의 50%	대장암진단비[주2]의 보험가입금액
특정소화기관암	–	특정소화기관암진단비[주3] 보험가입금액의 50%	특정소화기관암진단비[주3]의 보험가입금액
폐암	–	폐암진단비[주4] 보험가입금액의 50%	폐암진단비[주4]의 보험가입금액
특정호흡기및 흉곽내기관암	–	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5] 보험가입금액의 50%	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5]의 보험가입금액
뼈,관절,악성흑색종, 중피성및연조직암	–	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6] 보험가입금액의 50%	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6]의 보험가입금액
유방암	–	유방암진단비[주7] 보험가입금액의 50%	유방암진단비[주7]의 보험가입금액
특정여성생식기관암	–	특정여성생식기관암진단비[주8] 보험가입금액의 50%	특정여성생식기관암진단비[주8]의 보험가입금액
자궁관련암	–	자궁관련암진단비[주9] 보험가입금액의 50%	자궁관련암진단비[주9]의 보험가입금액
난소암	–	난소암진단비주[10] 보험가입금액의 50%	난소암진단비[주10]의 보험가입금액
비뇨기관암(요로암)	–	비뇨기관암(요로암)진단비[주11] 보험가입금액의 50%	비뇨기관암(요로암)진단비[주11]의 보험가입금액
눈,뇌,중추신경계통및 내분비선암	–	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12] 보험가입금액의 50%	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12]의 보험가입금액
림프및조혈관련특정암	–	림프및조혈관련특정암진단비[주13] 보험가입금액의 50%	림프및조혈관련특정암진단비[주13]의 보험가입금액

여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ 특별약관
주1) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(입술,구강및인두암)
주2) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(대장암)
주3) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정소화기관암)
주4) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(폐암)
주5) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)
주6) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)
주7) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(유방암)
주8) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정여성생식기관암)
주9) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(자궁관련암)
주10) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(난소암)
주11) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(비뇨기관암(요로암))
주12) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)
주13) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(림프및조혈관련특정암)

2. 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】,【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 경과기간		
	90일이하	90일 초과	
입술,구강및인두암	–	입술,구강및인두암진단비[주1]의 보험가입금액	
대장암	–	대장암진단비[주2]의 보험가입금액	
특정소화기관암	–	특정소화기관암진단비[주3]의 보험가입금액	
폐암	–	폐암진단비[주4]의 보험가입금액	
특정호흡기및 흉곽내기관암	–	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5]의 보험가입금액	
뼈,관절,악성흑색종, 중피성및연조직암	–	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6]의 보험가입금액	
유방암	–	유방암진단비[주7]의 보험가입금액	
특정여성생식기관암	–	특정여성생식기관암진단비[주8]의 보험가입금액	
자궁관련암	–	자궁관련암진단비[주9]의 보험가입금액	
난소암	–	난소암진단비[주10]의 보험가입금액	
비뇨기관암(요로암)	–	비뇨기관암(요로암)진단비[주11]의 보험가입금액	
눈,뇌,중추신경계통및 내분비선암	–	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12]의 보험가입금액	
림프및조혈관련특정암	–	림프및조혈관련특정암진단비[주13]의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 경과기간			
	90일이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
입술,구강및인두암	–	입술,구강및인두암진단비[주1] 보험가입금액의 50%	입술,구강및인두암진단비[주1]의 보험가입금액	
대장암	–	대장암진단비[주2] 보험가입금액의 50%	대장암진단비[주2]의 보험가입금액	
특정소화기관암	–	특정소화기관암진단비[주3] 보험가입금액의 50%	특정소화기관암진단비[주3]의 보험가입금액	
폐암	–	폐암진단비[주4] 보험가입금액의 50%	폐암진단비[주4]의 보험가입금액	
특정호흡기및 흉곽내기관암	–	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5] 보험가입금액의 50%	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5]의 보험가입금액	
뼈,관절,악성흑색종, 중피성및연조직암	–	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6] 보험가입금액의 50%	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6]의 보험가입금액	
유방암	–	유방암진단비[주7] 보험가입금액의 50%	유방암진단비[주7]의 보험가입금액	
특정여성생식기관암	–	특정여성생식기관암진단비[주8] 보험가입금액의 50%	특정여성생식기관암진단비[주8]의 보험가입금액	
자궁관련암	–	자궁관련암진단비[주9] 보험가입금액의 50%	자궁관련암진단비[주9]의 보험가입금액	
난소암	–	난소암진단비주[10] 보험가입금액의 50%	난소암진단비[주10]의 보험가입금액	
비뇨기관암(요로암)	–	비뇨기관암(요로암)진단비[주11] 보험가입금액의 50%	비뇨기관암(요로암)진단비[주11]의 보험가입금액	
눈,뇌,중추신경계통및 내분비선암	–	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12] 보험가입금액의 50%	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12]의 보험가입금액	
림프및조혈관련특정암	–	림프및조혈관련특정암진단비[주13] 보험가입금액의 50%	림프및조혈관련특정암진단비[주13]의 보험가입금액	

여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관
주1) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(입술,구강및인두암)(갱신형)
주2) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(대장암)(갱신형)
주3) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정소화기관암)(갱신형)
주4) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(폐암)(갱신형)
주5) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)(갱신형)
주6) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)(갱신형)
주7) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(유방암)(갱신형)
주8) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(특정여성생식기관암)(갱신형)
주9) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(자궁관련암)(갱신형)
주10) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(난소암)(갱신형)
주11) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(비뇨기관암(요로암))(갱신형)
주12) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)(갱신형)
주13) 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(림프및조혈관련특정암)(갱신형)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "여성통합암(4대유사암제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 여성통합암(4대유사암제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는

여성통합암(4대유사암제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "여성통합암(4대유사암제외)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 입술,구강및인두암진단비, 대장암진단비, 특정소화기관암진단비, 폐암진단비, 특정호흡기및흉곽내기관암진단비, 뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비, 유방암진단비, 특정여성생식기관암진단비, 자궁관련암진단비, 난소암진단비, 비뇨기관암(요로암)진단비, 눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비, 림프및조혈관련특정암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성통합암(4대유사암제외)진단비를 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암", "특정소화기관암", "폐암", "특정호흡기및흉곽내기관암", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암", "유방암", "특정여성생식기관암", "자궁관련암", "난소암", "비뇨기관암(요로암)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암" 및 "림프및조혈관련특정암")로 각각 1회씩 총 13회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

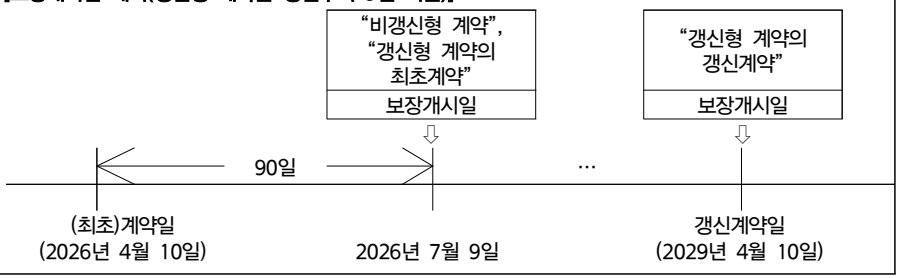
3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 3년 기준)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-9. 암(4대유사암제외)진단비, 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
  - ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 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

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)진단비 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암(4대유사암제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 암(4대유사암제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

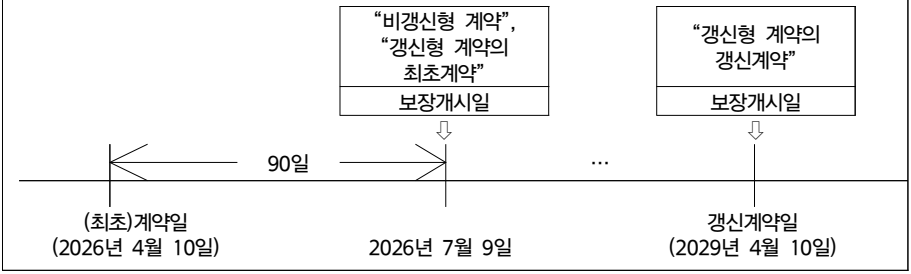
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 3년 기준)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복))일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-10. 암(4대유사암제외)진단비(출산후5년보장강화) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
  - C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

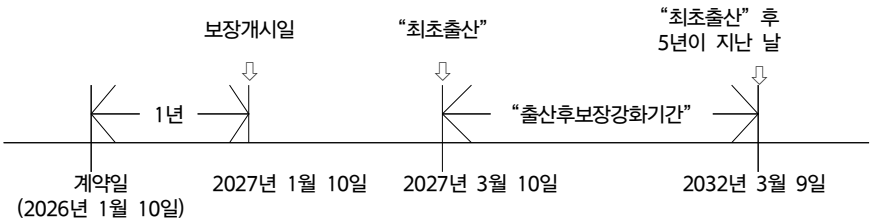
3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 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

제2조("출산" 등의 정의)
1 이 특별약관에서 "출산"이라 함은 보험기간 중에 피보험자가 임신하여 자녀를 출산한 경우를 말하며, 계약일 이전에 이미 출산한 자녀가 있다고 하더라도 계약일 이후에 발생한 출산만 "출산"으로 봅니다.
2 이 특별약관에서 "최초출산"이라 함은 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 "출산"에 대한 보장개시일 이후에 피보험자가 최초로 자녀를 "출산"한 경우를 말하며, 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 "출산"은 "최초출산"으로 보지 않습니다.
3 제1항의 "출산"은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "최초출산"하고, "출산후보장강화기간"에 "암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암(4대유사암제외)진단비(출산후5년보장강화)로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 "출산후보장강화기간"라 함은 "최초출산" 한 날을 포함하여 5년이 지난날까지로 합니다.

["출산후보장강화기간" 예시]



제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산하고 "출산후보장강화기간"에 피보험자가 사망하고 그 후에 "암"을 직접적인 원인으로 사망한 사

실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암(4대유사암제외)진단비(출산후5년보장강화)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 암(4대유사암제외)진단비(출산후5년보장강화)에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

3 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산"하고 보험기간이 종료되더라도, "출산후보장강화기간" 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)진단비(출산후5년보장강화) 지급사유가 발생하는 경우 보험기간 종료와 관계없이 보험금을 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. 피보험자의 출산을 확인할 수 있는 서류(출생증명서, 진료비계산서, 가족관계증명서 등)

2 제1항 제2호 및 제5호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 다음 중 하나에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. 피보험자가 "출산"한 경우
2. 피보험자가 "암"으로 진단확정된 경우

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)진단비(출산후5년보장강화)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산"하고 "출산후보장강화기간"에 "암"으로 진단확정되지 않은 경우에는 "출산후보장강화기간"이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 아래의 사유로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

1. 피보험자의 사망
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산"하기 이전에 피보험자가 "암"으로 진단확정되는 경우

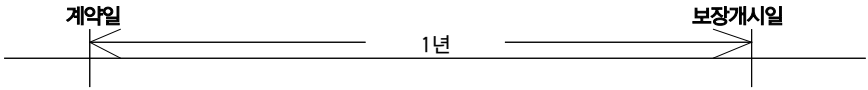
4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류와 함께 사고증명서(진단서 등)를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

5 제4항의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “최초출산”한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제2호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “최초출산”한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제2호 내지 제8호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호 및 제7호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제8호에도 불구하고, 다음 중 어느 하나의 사유로 제2항 제8호의 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제2호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제2호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호 및 6호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료

사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】
1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】
1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “최초출산”하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "출산후보장강화기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제14조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-11. 4대유사암진단비, 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 4대유사암진단비
   - 4대유사암진단비(기타피부암)
   - 4대유사암진단비(갑상선암)
   - 4대유사암진단비(제자리암)
   - 4대유사암진단비(경계성종양)
2. 4대유사암진단비(갱신형)
   - 4대유사암진단비(기타피부암)(갱신형)
   - 4대유사암진단비(갑상선암)(갱신형)
   - 4대유사암진단비(제자리암)(갱신형)
   - 4대유사암진단비(경계성종양)(갱신형)

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
6 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle

aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

8 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "4대유사암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제7항에 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

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "4대유사암"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 4대유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 4대유사암진단비 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

보장명	지급사유	지급금액
기타피부암진단비[주1)]	"기타피부암"으로 진단확정시	기타피부암진단비[주1)]의 보험가입금액
갑상선암진단비[주2)]	"갑상선암"으로 진단확정시	갑상선암진단비[주2)]의 보험가입금액
제자리암진단비[주3)]	"제자리암"으로 진단확정시	제자리암진단비[주3)]의 보험가입금액
경계성종양진단비[주4)]	"경계성종양"으로 진단확정시	경계성종양진단비[주4)]의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

보장명	지급사유	계약일로부터 경과기간	
		1년 미만	1년 이상
기타피부암진단비[주1)]	"기타피부암"으로 진단확정시	기타피부암진단비[주1)] 보험가입금액의 50%	기타피부암진단비[주1)]의 보험가입금액
갑상선암진단비[주2)]	"갑상선암"으로 진단확정시	갑상선암진단비[주2)] 보험가입금액의 50%	갑상선암진단비[주2)]의 보험가입금액
제자리암진단비[주3)]	"제자리암"으로 진단확정시	제자리암진단비[주3)] 보험가입금액의 50%	제자리암진단비[주3)]의 보험가입금액
경계성종양진단비[주4)]	"경계성종양"으로 진단확정시	경계성종양진단비[주4)] 보험가입금액의 50%	경계성종양진단비[주4)]의 보험가입금액

주1) 4대유사암진단비(기타피부암)
주2) 4대유사암진단비(갑상선암)
주3) 4대유사암진단비(제자리암)
주4) 4대유사암진단비(경계성종양)

2. 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

보장명	지급사유	지급금액
기타피부암진단비[주1)]	“기타피부암”으로 진단확정시	기타피부암진단비[주1)]의 보험가입금액
갑상선암진단비[주2)]	“갑상선암”으로 진단확정시	갑상선암진단비[주2)]의 보험가입금액
제자리암진단비[주3)]	“제자리암”으로 진단확정시	제자리암진단비[주3)]의 보험가입금액
경계성종양진단비[주4)]	“경계성종양”으로 진단확정시	경계성종양진단비[주4)]의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

보장명	지급사유	최초계약		갱신계약
		계약일로부터 경과기간		
		1년 미만	1년 이상	
기타피부암진단비[주1)]	“기타피부암”으로 진단확정시	기타피부암진단비[주1)] 보험가입금액의 50%	기타피부암진단비[주1)]의 보험가입금액	
갑상선암진단비[주2)]	“갑상선암”으로 진단확정시	갑상선암진단비[주2)] 보험가입금액의 50%	갑상선암진단비[주2)]의 보험가입금액	
제자리암진단비[주3)]	“제자리암”으로 진단확정시	제자리암진단비[주3)] 보험가입금액의 50%	제자리암진단비[주3)]의 보험가입금액	
경계성종양진단비[주4)]	“경계성종양”으로 진단확정시	경계성종양진단비[주4)] 보험가입금액의 50%	경계성종양진단비[주4)]의 보험가입금액	

주1) 4대유사암진단비(기타피부암)(갱신형)
주2) 4대유사암진단비(갑상선암)(갱신형)
주3) 4대유사암진단비(제자리암)(갱신형)
주4) 4대유사암진단비(경계성종양)(갱신형)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “4대유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 4대유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 4대유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료(보험금 지급사유가 발생한 세부보장의 계약자적립액과 미경과보험료에 한합니다)를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단비, 갑상선암진단비, 제자리암진단비, 경계성종양진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 4대유사암진단비를 세부보장별(“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”)로 각각 1회씩 총 4회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계

약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-12. 4대유사암진단비(출산후5년보장강화) 특별약관

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

8 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "4대유사암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제7항에 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

제2조(“출산” 등의 정의)

1 이 특별약관에서 “출산”이라 함은 보험기간 중에 피보험자가 임신하여 자녀를 출산한 경우를 말하며, 계약일 이전에 이미 출산한 자녀가 있다고 하더라도 계약일 이후에 발생한 출산만 “출산”으로 봅니다.

2 이 특별약관에서 “최초출산”이라 함은 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 “출산”에 대한 보장개시일 이후에 피보험자가 최초로 자녀를 “출산”한 경우를 말하며, 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 “출산”은 “최초출산”으로 보지 않습니다.

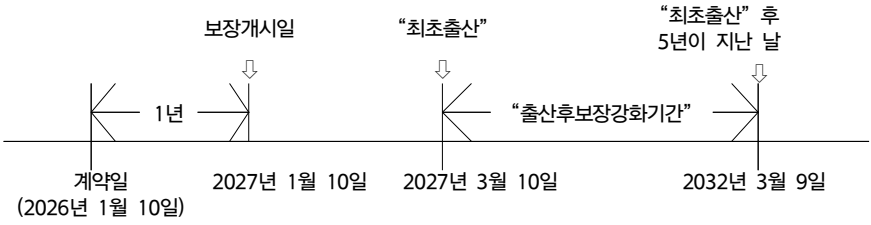
3 제1항의 “출산”은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “최초출산”하고, “출산후보장강화기간”에 4대유사암”으로 진단확정된 경우에는 세부보장별(“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”)로 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 4대유사암진단비(출산후5년보장강화)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 “출산후보장강화기간”라 함은 “최초출산” 한 날을 포함하여 5년이 지난날까지로 합니다.

[“출산후보장강화기간” 예시]



제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하고 “출산후보장강화기간”에 피보험자가 사망하고 그 후에 “4대유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 4대유사암진단비(출산후5년보장강화)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 4대유사암진단비(출산후5년보장강화)에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

3 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하고 보험기간이 종료되더라도, “출산후보장강화기간” 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 4대유사암진단비(출산후5년보장강화) 지급사유가 발생하는 경우 보험기간 종료와 관계없이 보험금을 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험

수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. 피보험자의 출산을 확인할 수 있는 서류(출생증명서, 진료비계산서, 가족관계증명서 등)

2 제1항 제2호 및 제5호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 다음 중 하나에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. 피보험자가 "출산"한 경우
2. 피보험자가 "4대유사암"세부보장별("기타피부암","갑상선암","제자리암","경계성종양")으로 각 1회이상 진단확정된 경우

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 4대유사암진단비(출산후5년보장강화)를 세부보장별("기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양")로 각각 1회씩 총 4회 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산"하고 "출산후보장강화기간"에 "4대유사암"으로 세부보장별("기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양")로 각각 1회 이상 진단확정되지 않은 경우에는 "출산후보장강화기간"이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 아래의 사유로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

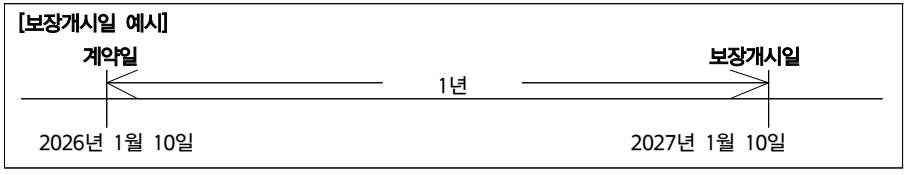
1. 피보험자의 사망
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산"하기 이전에 피보험자가 세부보장별("기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양")로 각각 1회 이상 진단확정되는 경우

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류와 함께 사고증명서(진단서 등)를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

5 제4항의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제1호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제1호 내지 제8호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호 및 제7호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제8호에도 불구하고, 다음 중 어느 하나의 사유로 제2항 제8호의 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입 면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제1호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호 및 제6호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2("상해50%이상후유장해" 및 "상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이

전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입

면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】
1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “최초출산”하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "출산후보장강화기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제14조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-13. 여성통합전이암진단비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 여성통합전이암진단비(소화기관전이암)
- 여성통합전이암진단비(유방전이암)
- 여성통합전이암진단비(생식기관전이암)
- 여성통합전이암진단비(호흡기및흉곽내기관전이암)
- 여성통합전이암진단비(관절및피부전이암)
- 여성통합전이암진단비(요로전이암)
- 여성통합전이암진단비(뇌전이암)
- 여성통합전이암진단비(림프및기타특정전이암)

제1조("여성통합전이암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "여성통합전이암"라 함은 "소화기관전이암", "유방전이암", "생식기관전이암", "호흡기및흉곽내기관전이암", "관절및피부전이암", "요로전이암", "뇌전이암", "림프및기타특정전이암"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "소화기관전이암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
2. 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5
3. 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
4. 기타 및 상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.8

3 이 특별약관에서 "유방전이암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80

4 이 특별약관에서 "생식기관전이암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
2. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

5 이 특별약관에서 "호흡기및흉곽내기관전이암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 폐의 이차성 악성 신생물	C78.0
2. 종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
3. 흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
4. 기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3

6 이 특별약관에서 "관절및피부전이암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
2. 피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
3. 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
4. 골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5

7 이 특별약관에서 "요로전이암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
2. 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1

8 이 특별약관에서 “뇌전이암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
2. 부신의 이차성 악성 신생물	C79.7

9 이 특별약관에서 “림프및기타특정전이암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 머리, 얼굴 및 목의 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.0
2. 흉곽내림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.1
3. 복강내림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.2
4. 겨드랑 및 팔 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.3
5. 사타구니 및 다리 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.4
6. 골반내 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.5
7. 여러 부위의 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.8
8. 상세불명의 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.9
9. 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
10. 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
11. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

10 “여성통합전이암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “여성통합전이암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

11 제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “여성통합전이암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제10항에 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

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “여성통합전이암”으로 진단확정된 경우에는 세부보장별(“소화기관전이암”, “유방전이암”, “생식기관전이암”, “호흡기및흉곽내기관전이암”, “관절및피부전이암”, “요로전이암”, “뇌전이암”, “림프및기타특정전이암”)로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성통합전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과 1년 미만
소화기관전이암	–	소화기관전이암진단비[주1]의 보험가입금액
유방전이암	–	유방전이암진단비[주2]의 보험가입금액
생식기관전이암	–	생식기관전이암진단비[주3]의 보험가입금액
호흡기및흉곽내기관전이암	–	호흡기및흉곽내기관전이암진단비[주4]의 보험가입금액
관절및피부전이암	–	관절및피부전이암진단비[주5]의 보험가입금액
요로전이암	–	요로전이암진단비[주6]의 보험가입금액
뇌전이암	–	뇌전이암진단비[주7]의 보험가입금액
림프및기타특정전이암	–	림프및기타특정전이암진단비[주8]의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
소화기관전이암	–	소화기관전이암진단비[주1] 보험가입금액의 50%	소화기관전이암진단비[주1]의 보험가입금액
유방전이암	–	유방전이암진단비[주2] 보험가입금액의 50%	유방전이암진단비[주2]의 보험가입금액
생식기관전이암	–	생식기관전이암진단비[주3] 보험가입금액의 50%	생식기관전이암진단비[주3]의 보험가입금액
호흡기및흉곽내기관전이암	–	호흡기및흉곽내기관전이암진단비[주4] 보험가입금액의 50%	호흡기및흉곽내기관전이암진단비[주4]의 보험가입금액
관절및피부전이암	–	관절및피부전이암진단비[주5] 보험가입금액의 50%	관절및피부전이암진단비[주5]의 보험가입금액
요로전이암	–	요로전이암진단비[주6] 보험가입금액의 50%	요로전이암진단비[주6]의 보험가입금액
뇌전이암	–	뇌전이암진단비[주7] 보험가입금액의 50%	뇌전이암진단비[주7]의 보험가입금액
림프및기타특정전이암	–	림프및기타특정전이암진단비[주8] 보험가입금액의 50%	림프및기타특정전이암진단비[주8]의 보험가입금액

여성통합전이암진단비 특별약관
주1) 여성통합전이암진단비(소화기관전이암)
주2) 여성통합전이암진단비(유방전이암)
주3) 여성통합전이암진단비(생식기관전이암)
주4) 여성통합전이암진단비(호흡기및흉곽내기관전이암)
주5) 여성통합전이암진단비(관절및피부전이암)
주6) 여성통합전이암진단비(요로전이암)
주7) 여성통합전이암진단비(뇌전이암)
주8) 여성통합전이암진단비(림프및기타특정전이암)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "여성통합전이암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 여성통합전이암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소

멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 여성통합전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "여성통합전이암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소화기관전이암진단비, 유방전이암진단비, 생식기관전이암진단비, 호흡기및흉곽내기관전이암진단비, 관절및피부전이암진단비, 요로전이암진단비, 뇌전이암진단비, 림프및기타특정전이암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

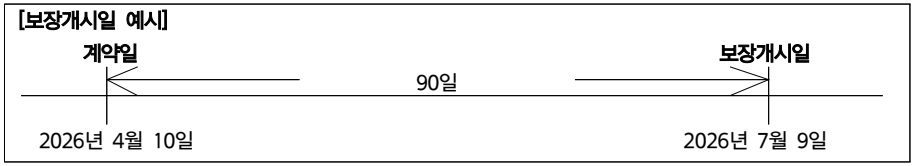
2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성통합전이암진단비를 세부보장별("소화기관전이암", "유방전이암", "생식기관전이암", "호흡기및흉곽내기관전이암", "관절및피부전이암", "요로전이암", "뇌전이암", "림프및기타특정전이암")로 각각 1회씩 총 8회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-14. 전이암진단비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 전이암진단비(림프절전이암)
- 전이암진단비(특정전이암)

제1조("림프절전이암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "림프절전이암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77

2 "림프절전이암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "림프절전이암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

[제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조("특정전이암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정전이암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
2. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
3. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

2 "특정전이암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정전이암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

[제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 림프절전이암" 또는 "특정전이암"(이하 "전이암"이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("림프절전이암", "특정전이암")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

보장명	지급사유	계약일로부터 경과기간	
		90일 이하	90일 초과
림프절전이암진단비[주1)]	"림프절전이암"으로 진단확정시	-	림프절전이암진단비[주1)] 의 보험가입금액
특정전이암진단비[주2)]	"특정전이암"으로 진단확정시	-	특정전이암진단비[주2)] 의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

보장명	지급사유	계약일로부터 경과기간		
		90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
림프절전이암진단비[주1)]	"림프절전이암"으로 진단확정시	-	림프절전이암진단비[주1)] 보험가입금액의 50%	림프절전이암진단비[주1)] 의 보험가입금액
특정전이암진단비[주2)]	"특정전이암"으로 진단확정시	-	특정전이암진단비[주2)] 보험가입금액의 50%	특정전이암진단비[주2)] 의 보험가입금액

주1) 전이암진단비(림프절전이암)
주2) 전이암진단비(특정전이암)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "전이암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 전이암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료(보험금 지급사유가 발생한 세부보장의 계약자적립액과 미경과보험료에 한합니다)를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 다음 중 하나에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. "림프절전이암"으로 진단확정시
2. "특정전이암"으로 진단확정시

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프절전이암진단비, 특정전이암진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

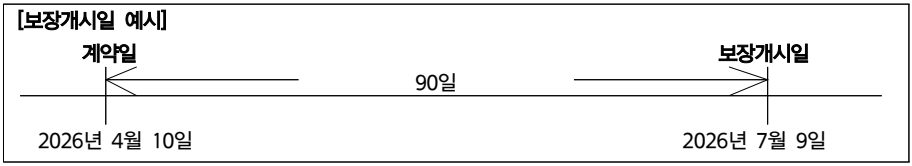
2 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암진단비를 세부보장별("림프절전이암", "특정전이암")로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-15. 중증질환자(암(4대유사암제외))산정특례대상진단비 특별약관

제1조("중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상 질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상 질환"이라 함은 "본인일부부담금 산정특례 암(4대유사암제외)질환"(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
  - ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 이 특별약관에서 "뇌·수막의 양성신생물"이라 함은 "본인일부부담금 산정특례 암(4대유사암제외)질환"(【별표17】 참조)에서 정한 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 분류번호 D32(수막의 양성 신생물)
2. 분류번호 D33(뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물)

4 "중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상 질환"("뇌·수막의 양성신생물" 제외)의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상 질환"("뇌·수막의 양성신생물" 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

5 "뇌·수막의 양성신생물"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(신경외과의사 등) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 "뇌·수막의 양성신생물"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상"의 정의)
이 특별약관에서 "중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 따라 산정특례대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 "본인일부부담금 산정특례 암(4대유사암제외)질환"(【별표17】 참조)에 해당하는 상병으로 진료를 받은 경우	V193

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]
「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상 질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.
(관련법령【부록】참조)

[암 산정특례 적용기간 예시]
2025년 1월 1일 유방암 확진, 2025년 1월 20일 유방암 공단에 산정특례 신청
0118****** C50 2025년 1월 1일 ~ 2029년 12월 31일
2027년 8월 5일 폐암 확진, 2027년 9월 1일 폐암 공단에 산정특례 신청
0119****** C34 2026년 8월 5일 ~ 2031년 8월 4일

제3조("산정특례 신규등록"의 정의)
1 이 특별약관에서 "산정특례 신규등록"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 "중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상"으로 등록된 경우를 말합니다.
2 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

[「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)]
건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상 질환"으로 진단확정되고, 그 "중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상 질환"을 직접적인 원인으로 "중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상"으로 "산정특례 신규등록"되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증질환자(암(4대유사암제외)) 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금은 "중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.
2 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증질환자 암(4대유사암제

외)질환 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상 질환”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(암(4대유사암제외))산정특례대상진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

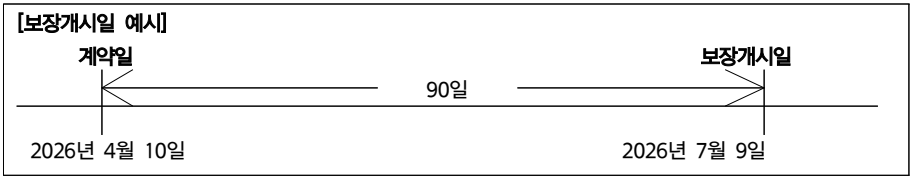
1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증질환자(암(4대유사암제외)) 산정특례대상” 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제10조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제13조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-16. 유방암(수용체타입)진단비, Lady유방케어패키지(유방암(수용체타입)진단비) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 유방암(수용체타입)진단비
- 유방암A타입진단비(호르몬수용체양성,HER2음성)
- 유방암B타입진단비(호르몬수용체양성,HER2양성)
- 유방암C타입진단비(HER2양성)
- 유방암D타입진단비(삼중음성)
2. Lady유방케어패키지(유방암(수용체타입)진단비)
- Lady유방케어패키지(유방암A타입진단비(호르몬수용체양성,HER2음성))
- Lady유방케어패키지(유방암B타입진단비(호르몬수용체양성,HER2양성))
- Lady유방케어패키지(유방암C타입진단비(HER2양성))
- Lady유방케어패키지(유방암D타입진단비(삼중음성))

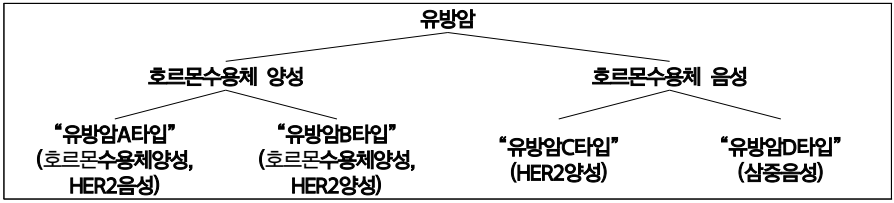
제1조("유방암(수용체타입)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "유방암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50

2 이 특별약관에서 "유방암(수용체타입)"이라 함은 제1항의 "유방암"을 호르몬수용체 유무 및 HER2 유무에 따라 분류한 것으로, "유방암A타입(호르몬수용체양성,HER2음성)", "유방암B타입(호르몬수용체양성,HER2양성)", "유방암C타입(HER2양성)" 및 "유방암D타입(삼중음성)"을 말합니다.

[유방암분류 예시]



3 제2항의 "유방암A타입(호르몬수용체양성,HER2음성)", "유방암B타입(호르몬수용체양성,HER2양성)", "유방암C타입(HER2양성)" 및 "유방암D타입(삼중음성)"은 아래와 같이 분류됩니다.

유방암의 분류	호르몬수용체	HER2
유방암A타입 (호르몬수용체양성,HER2음성)	양성	음성
유방암B타입 (호르몬수용체양성,HER2양성)	양성	양성
유방암C타입(HER2양성)	음성	양성
유방암D타입(삼중음성)	음성	음성

4 제3항에서 호르몬수용체가 "양성"이라 함은 에스트로겐수용체 또는 프로게스테론수용체가 양성인 경우를 말하며, 음성이라 함은 에스트로겐수용체 및 프로게스테론수용체가 모두 음성인 경우를 말합니다.

[호르몬수용체]
호르몬수용체란 특정한 호르몬과 결합하여 호르몬의 영향을 세포에 전달하는 분자로 에스트로겐수용체(ER:Estrogen Receptor), 프로게스테론수용체(PR:Progesterone Receptor)를 말합니다.

[HER2(Human epidermal growth factor Receptor 2)]
암세포를 자라게 하는 일부 암세포의 표면에 있는 단백질을 말합니다.

5 이 특별약관에서 "유방암(수용체타입)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡

인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “유방암(수용체타입)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유방암(수용체타입)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제5항에 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

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “유방암(수용체타입)”으로 진단 확정된 경우에는 세부보장별(“유방암A타입(호르몬수용체양성,HER2음성)”, “유방암B타입(호르몬수용체양성,HER2양성)”, “유방암C타입(HER2양성)” 및 “유방암D타입(삼중음성)”)로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방암(수용체타입)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급사유	계약일로부터 경과기간	
		90일이하	90일 초과
유방암A타입진단비(호르몬수용체양성, HER2음성)	“유방암A타입(호르몬수용체양성, HER2음성)”으로 진단확정시	–	유방암A타입진단비(호르몬수용체양성,HER2음성)의 보험가입금액
유방암B타입진단비(호르몬수용체양성, HER2양성)	“유방암B타입(호르몬수용체양성, HER2양성)”으로 진단확정시		유방암B타입진단비(호르몬수용체양성,HER2양성)의 보험가입금액
유방암C타입진단비(HER2양성)	“유방암C타입(HER2양성)”으로 진단확정시		유방암C타입진단비(HER2양성)의 보험가입금액
유방암D타입진단비(삼중음성)	“유방암D타입(삼중음성)”으로 진단확정시		유방암D타입진단비(삼중음성)의 보험가입금액의

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급사유	계약일로부터 경과기간		
		90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
유방암A타입진단비(호르몬수용체양성, HER2음성)	“유방암A타입(호르몬수용체양성, HER2음성)”으로 진단확정시	–	유방암A타입진단비(호르몬수용체양성,HER2음성) 보험가입금액의 50%	유방암A타입진단비(호르몬수용체양성, HER2음성)의 보험가입금액
유방암B타입진단비(호르몬수용체양성, HER2양성)	“유방암B타입(호르몬수용체양성, HER2양성)”으로 진단확정시		유방암B타입진단비(호르몬수용체양성,HER2양성) 보험가입금액의 50%	유방암B타입진단비(호르몬수용체양성, HER2양성)의 보험가입금액
유방암C타입진단비(HER2양성)	“유방암C타입(HER2양성)”으로 진단확정시		유방암C타입진단비(HER2양성) 보험가입금액의 50%	유방암C타입진단비(HER2양성)의 보험가입금액
유방암D타입진단비(삼중음성)	“유방암D타입(삼중음성)”으로 진단확정시		유방암D타입진단비(삼중음성) 보험가입금액의 50%	유방암D타입진단비(삼중음성)의 보험가입금액의

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “유방암(수용체타입)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 유방암(수용체타입)진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 유방암(수용체타입)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 유방암(수용체타입)을 입증할수 있는 조직검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “유방암(수용체타입)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방암A타입진단비(호르몬수용체양성,HER2음성), 유방암B타입진단비(호르몬수용체양성,HER2양성), 유방암C타입진단비(HER2양성), 유방암D타입진단비(삼중음성)를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방암(수용체타입)진단비를 세부보장별(“유방암A타입(호르몬수용체양성,HER2음성)”, “유방암B타입(호르몬수용체양성,HER2양성)”, “유방암C타입(HER2양성)” 및

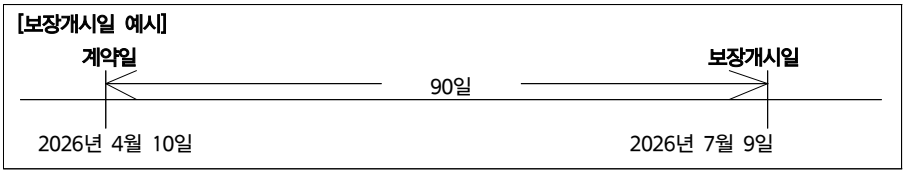
"유방암D타입(삼중음성)")로 각각 1회씩 총 4회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-17. 유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비, Lady유방케어패키지(유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("첫번째암(유방암)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "첫번째암(유방암)"이라 함은 제11조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 보장개시일 이후에 최초로 발생한 "유방암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "유방암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

대상질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

3 “유방암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “유방암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 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

제2조(“암(4대유사암포함)”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말합니다.
2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
6 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
7 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- 예시
  - C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 “암(4대유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암(4대유사암포함)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
9 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(4대유사암포함)”으로 진단 또는 치료를 받

고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제8항에 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

제3조("재진단암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "재진단암(4대유사암포함)"이라 함은 제11조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 다음 중 어느 하나에 해당되는 "암(4대유사암포함)"을 말합니다.

1. 새로운 원발암 : 원발부위에 발생한 "암(4대유사암포함)"으로 "첫번째암(유방암)" 또는 "재진단암(4대유사암포함)"과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "암(4대유사암포함)"
2. 전이암 : 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암(4대유사암포함)"
3. 재발암 : "첫번째암(유방암)" 또는 "재진단암(4대유사암포함)"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "암(4대유사암포함)"으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암(유방암)" 또는 "재진단암(4대유사암포함)"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암(유방암)" 또는 "재진단암(4대유사암포함)"으로 인하여 새롭게 "암(4대유사암포함)"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 경우
4. 잔여암 : 제11조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 보장개시일 이후에 발생한 "암(4대유사암포함)"의 진단부위에 암세포가 남아있는 경우

② "재진단암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "재진단암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "재진단암(4대유사암포함)"으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

[제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조("항암방사선치료" 등의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조("수술"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기

능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

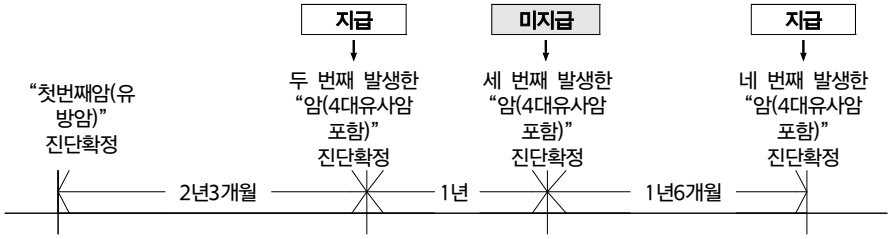
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(보험금의 지급사유)

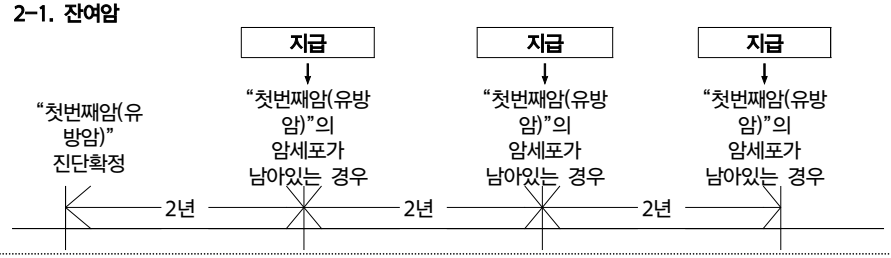
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 “첫번째암(유방암)”의 보장개시일 이후에 “첫번째암(유방암)”으로 진단확정된 후 제11조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 “재진단암(4대유사암포함)”의 보장개시일 이후에 “재진단암(4대유사암포함)”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

[보험금 지급예시]

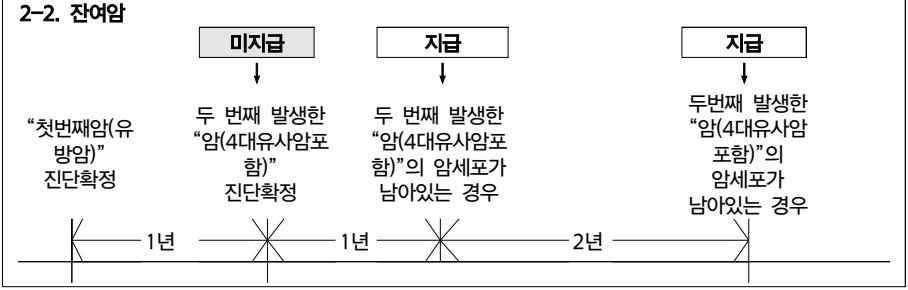
1. 새로운 원발암, 전이암, 재발암



2-1. 잔여암



2-2. 잔여암



2 제1항의 유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비는 지급사유 발생일에 복수의 "재진단암(4대유사암포함)"이 존재하더라도 1회에 한하여 지급합니다.

[복수의 "재진단암(4대유사암포함)"이 발생한 경우 보험금 지급예시]

C50(유방의 악성 신생물)로 "첫번째암(유방암)"이 진단확정되고, 경과기간 2년 후 "첫번째암(유방암)"의 암세포가 남아있고, 해당 암이 간 및 뇌로 전이되어 C78.7(간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물), C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로도 진단된 경우에도 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 "재진단암(4대유사암포함)"의 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "재진단암(4대유사암포함)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비를 지급합니다. 다만, 제10조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 이내에 제3조(“재진단암(4대유사암포함)”의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호 중 어느 하나에 해당되는 암으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제9조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 “첫번째암(유방암)”의 보장개시일 전일 이전에 “첫번째암(유방암)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

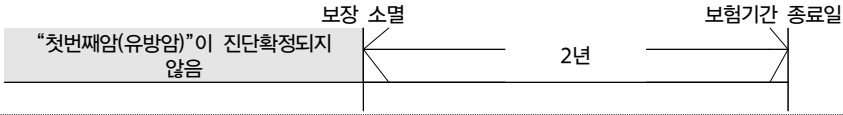
제10조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

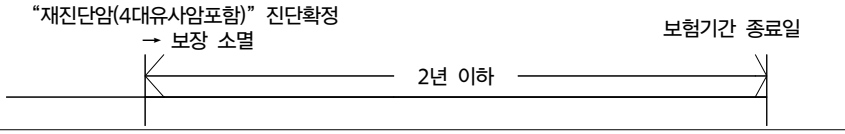
1. “첫번째암(유방암)”이 진단확정되지 않고, 최종갱신계약 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간(이하 “잔여 보험기간”이라 합니다)이 그 날을 포함하여 2년인 경우
2. 유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비 지급사유가 발생한 시점에 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

[보장의 소멸 예시]

1. “첫번째암(유방암)”이 진단확정되지 않고, 잔여 보험기간이 2년인 경우



2. 유방암진단후계속암(재진단암)진단비(4대유사암포함) 지급사유가 발생한 시점에 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

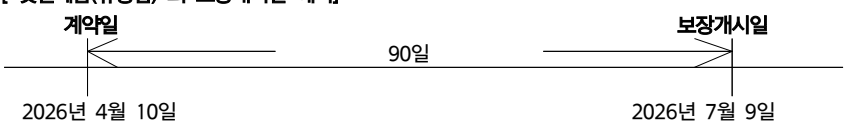
3 제1항 및 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “첫번째암(유방암)” 및 “재진단암(4대유사암포함)”에 대한 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. “첫번째암(유방암)”의 보장개시일 : 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[“첫번째암(유방암)”의 보장개시일 예시]

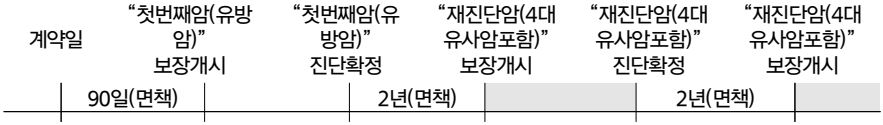


2. “재진단암(4대유사암포함)”의 보장개시일

가. 첫 번째 “재진단암(4대유사암포함)” : “첫번째암(유방암)” 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

나. 두 번째 이후 “재진단암(4대유사암포함)” : 직전 “재진단암(4대유사암포함)” 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

[“재진단암(4대유사암포함)”의 보장개시일 예시]



제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “첫번째암(유방암)” 및 “재진단암(4대유사암포함)”에 대한 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 “첫번째암(유방암)”으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제11조(회사의 보장개시)를 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 “첫번째암(유방암)” 또는 “재진단암(4대유사암포함)”으로 진단확정된 경우 : “재진단암(4대유사암포함)”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-18. 뇌혈관질환후유장해(3-100%) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “뇌혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정되고 그 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 아래의 금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 "뇌혈관질환"의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 "뇌혈관질환"의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : "뇌혈관질환"의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : "뇌혈관질환"의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 "뇌혈관질환"으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 "뇌혈관질환"으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 눈에 장해지급률 15%에 해당하는 장해(한 눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 뇌혈관질환으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우(한 눈이 멀었을 때)에는 보험가입 후 발생한 뇌혈관질환으로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 15%를 뺀 35%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 일상생활 기본동작(ADLs)제한 장해평가표 상 이동동작에 있어 장해지급률 10%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 뇌혈관질환을 원인으로 동일한 장해유형으로 장해지급률 40%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 상해로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 40%에서 상해로 인한 장해지급률 10%를 뺀 30%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

8 피보험자의 "뇌혈관질환"의 결과로 후유장해상태와 동시 또는 순차적으로 상해 또는 "뇌혈관질환"과 직접관련 없는 다른 질병의 결과로 인한 후유장해상태가 발생한 경우에는 전체 후유장해지급률 중 "뇌혈관질환"의 결과로 발생한 후유장해지급률에 대한 보험금만을 지급합니다.

[제8항 관련 예시]
뇌경색증과 간암으로 진단받은 환자가 간암을 원인으로 간이식 수술을 받고 장해지급률 75%에 해당하는 장해상태(흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때)가 되고, 뇌경색증의 결과로 신경계에 장해가 남아 인한 일상생활 기본동작(ADLs)제한 장해평가표 상 10%에 해당하는 장해상태가 된 경우 "뇌혈관질환"에 의해 발생한 10%를 최종 장해지급률로 결정합니다

9 회사가 지급하여야 할 하나의 “뇌혈관질환”으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-19. 뇌혈관질환진단비, 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 “뇌혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 “뇌혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌혈관질환진단비 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "뇌혈관질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-20. 뇌혈관질환진단비(출산후5년보장강화) 특별약관

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “뇌혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“출산” 등의 정의)

① 이 특별약관에서 “출산”이라 함은 보험기간 중에 피보험자가 임신하여 자녀를 출산한 경우를 말하며, 계약일 이전에 이미 출산한 자녀가 있다고 하더라도 계약일 이후에 발생한 출산만 “출산”으로 봅니다.

② 이 특별약관에서 “최초출산”이라 함은 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 “출산”에 대한 보장개시일 이후에 피보험자가 최초로 자녀를 “출산”한 경우를 말하며, 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 “출산”은 “최초출산”으로 보지 않습니다.

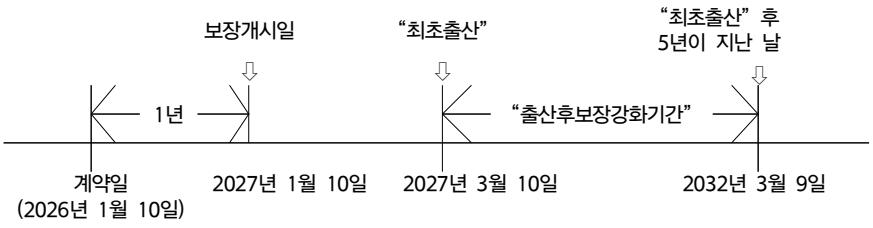
③ 제1항의 “출산”은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “최초출산”하고, “출산후보장강화기간”에 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환진단비(출산후5년보장강화)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “출산후보장강화기간”라 함은 “최초출산” 한 날을 포함하여 5년이 지난날까지로 합니다.

[“출산후보장강화기간” 예시]



제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산하고 “출산후보장강화기간”에 피보험자가 사망하고 그 후에 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌혈관질환진단비(출산후5년보장강화)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비(출산후5년보장강화)에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

③ 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하고 보험기간이 종료되더라도, “출산후보장강화기간” 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비(출산후5년보장강화)지급사유가 발생하는 경우 보험기간 종료와 관계없이 보험금을 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. 피보험자의 출산을 확인할 수 있는 서류(출생증명서, 진료비계산서, 가족관계증명서 등)

② 제1항 제2호 및 제5호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 다음 중 하나에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. 피보험자가 "출산"한 경우
2. 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비(출산후5년보장강화)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산"하고 "출산후보장강화기간"에 "뇌혈관질환"으로 진단확정되지 않은 경우에는 "출산후보장강화기간"이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 아래의 사유로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

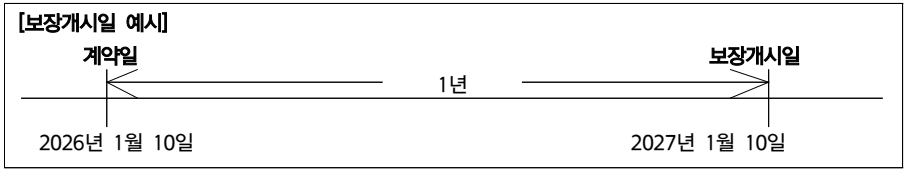
1. 피보험자의 사망
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산"하기 이전에 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단확정되는 경우

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류와 함께 사고증명서(진단서 등)를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

5 제4항의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제1호 및 제3호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된

보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제1호 및 제3호 내지 제8호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호 및 제7호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제8호에도 불구하고, 다음 중 어느 하나의 사유로 제2항 제8호의 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제1호 및 제3호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제1호 및 제 3호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이

특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호 및 제6호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2("상해50%이상후유장해" 및 "상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한

경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2("상해50%이상후유장해" 및 "상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제5호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “최초출산”하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "출산후보장강화기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-21. 주요뇌혈관질환진단비, 주요뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“주요뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “주요뇌혈관질환”이라 함은 주요뇌혈관질환 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 “주요뇌혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의

기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “주요뇌혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 주요뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 주요뇌혈관질환진단비 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 주요뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “주요뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 주요뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 주요뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요뇌혈관질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 주요뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-22. 뇌졸중진단비, 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌졸중"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌졸중진단비 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "뇌졸중"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 택한 보험기간을 적용합니다.

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-23. 뇌졸중진단비(출산후5년보장강화) 특별약관

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“출산” 등의 정의)

1 이 특별약관에서 “출산”이라 함은 보험기간 중에 피보험자가 임신하여 자녀를 출산한 경우를 말하며, 계약일 이전에 이미 출산한 자녀가 있다고 하더라도 계약일 이후에 발생한 출산만 “출산”으로 봅니다.

2 이 특별약관에서 “최초출산”이라 함은 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 “출산”에 대한 보장개시일 이후에 피보험자가 최초로 자녀를 “출산”한 경우를 말하며, 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 “출산”은 “최초출산”으로 보지 않습니다.

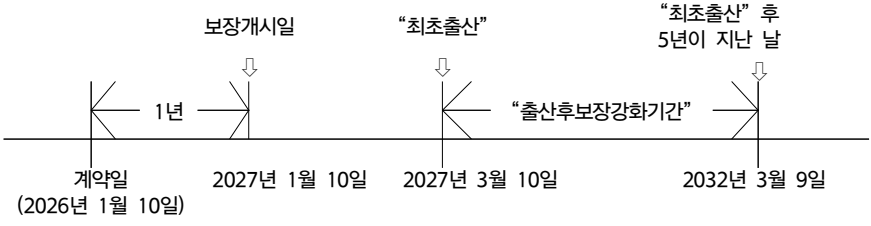
3 제1항의 “출산”은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “최초출산”하고, “출산후보장강화기간”에 “뇌졸중”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중진단비(출산후5년보장강화)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 “출산후보장강화기간”라 함은 “최초출산” 한 날을 포함하여 5년이 지난날까지로 합니다.

[“출산후보장강화기간” 예시]



제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산하고 “출산후보장강화기간”에 피보험자가 사망하고 그 후에 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌졸중진단비(출산후5년보장강화)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌졸중진단비(출산후5년보장강화)에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

3 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하고 보험기간이 종료되더라도, “출산후보장강화기간” 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비(출산후5년보장강화) 지급사유가 발생하는 경우 보험기간 종료와 관계없이 보험금을 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. 피보험자의 출산을 확인할 수 있는 서류(출생증명서, 진료비계산서, 가족관계증명서 등)

2 제1항 제2호 및 제5호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 다음 중 하나에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. 피보험자가 "출산"한 경우
2. 피보험자가 "뇌졸중"으로 진단확정된 경우

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비(출산후5년보장강화)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산"하고 "출산후보장강화기간"에 "뇌졸중"으로 진단확정되지 않은 경우에는 "출산후보장강화기간"이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 아래의 사유로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

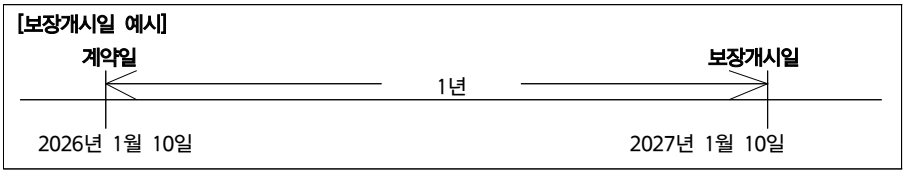
1. 피보험자의 사망
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산"하기 이전에 피보험자가 "뇌졸중"으로 진단확정되는 경우

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류와 함께 사고증명서(진단서 등)를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

5 제4항의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제1호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의

차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제1호 내지 제8호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호 및 제7호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제8호에도 불구하고, 다음 중 어느 하나의 사유로 제2항 제8호의 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제1호 및 제3호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약

관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제1호 및 제 3호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호 및 제6호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2("상해50%이상후유장해" 및 "상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입

면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2("상해50%이상후유장해" 및 "상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제5호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】
1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】
1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약

의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2("상해50%이상후유장해" 및 "상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】
1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "최초출산"하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "출산후보장강화기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제14조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-24. 뇌출혈진단비 특별약관

제1조("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌출혈"이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표22】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초

로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-25. 뇌전증진단비 특별약관

제1조("뇌전증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌전증"이라 함은 뇌전증 분류표(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌전증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌전증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌전증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌전증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "뇌전증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌전증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-26. 특정양성뇌종양진단비 특별약관

제1조("특정양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정양성뇌종양"이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 특정양성뇌종양 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.
2 "특정양성뇌종양"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 신경외과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 "특정양성뇌종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정양성뇌종양"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정양성뇌종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정양성뇌종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정양성뇌종양진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정양성뇌종양진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정양성뇌종양진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도

인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-27. 통합심장질병진단비 특별약관(3,4,5종) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 통합심장질병진단비(만성류마티스심장질환)
- 통합심장질병진단비(특정심장판막질환)
- 통합심장질병진단비(특정심장방실및전도장애)
- 통합심장질병진단비(주요심장염증질환)
- 통합심장질병진단비(심근병증)
- 통합심장질병진단비(심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외))
- 통합심장질병진단비(심혈관특정질환Ⅱ)
- 통합심장질병진단비(기타심장부정맥)

제1조("통합심장질병"의 정의 및 진단확정)

1. 이 특별약관에서 "통합심장질병"이라 함은 통합심장질병 분류표(【별표98】 참조)에서 정한 "만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)", "심혈관특정질환Ⅱ" 및 "기타심장부정맥"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2. "만성류마티스심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "만성류마티스심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
3. "특정심장판막질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장판막질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
4. "특정심장방실및전도장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 핵의학 검사, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장방실및전도장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
5. "주요심장염증질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·이학적검사(진찰)와 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 흉부X선검사, 흉부전산화단층촬영(CT), 흉부자기공명영상(MRI), 핵의학검사, 심근조직검사, 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 혈액배양검사, 조직배양검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "주요심장염증질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
6. "심근병증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 흉부 X-선 검사, 심근조직검사 또는 심장 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심근병증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
7. "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)

에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

8 "심혈관특정질환Ⅱ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심혈관특정질환Ⅱ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

9 "기타심장부정맥"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "기타심장부정맥"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

10 제2항 내지 제9항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)", "심혈관특정질환Ⅱ" 및 "기타심장부정맥"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)", "심혈관특정질환Ⅱ" 및 "기타심장부정맥"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "통합심장질병"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)", "심혈관특정질환Ⅱ", "기타심장부정맥")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합심장질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
만성류마티스심장질환	만성류마티스심장질환진단비[주1] 보험가입금액의 50%	만성류마티스심장질환진단비[주1]의 보험가입금액
특정심장판막질환	특정심장판막질환진단비[주2] 보험가입금액의 50%	특정심장판막질환진단비[주2]의 보험가입금액
특정심장방실및전도장애	특정심장방실및전도장애진단비[주3] 보험가입금액의 50%	특정심장방실및전도장애진단비[주3]의 보험가입금액
주요심장염증질환	주요심장염증질환진단비[주4] 보험가입금액의 50%	주요심장염증질환진단비[주4]의 보험가입금액
심근병증	심근병증진단비[주5] 보험가입금액의 50%	심근병증진단비[주5]의 보험가입금액
심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)	심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비[주6] 보험가입금액의 50%	심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비[주6]의 보험가입금액
심혈관특정질환Ⅱ	심혈관특정질환Ⅱ진단비[주7] 보험가입금액의 50%	심혈관특정질환Ⅱ진단비[주7]의 보험가입금액
기타심장부정맥	기타심장부정맥진단비[주8] 보험가입금액의 50%	기타심장부정맥진단비[주8]의 보험가입금액

주1) 통합심장질병진단비(만성류마티스심장질환)
주2) 통합심장질병진단비(특정심장판막질환)
주3) 통합심장질병진단비(특정심장방실및전도장애)
주4) 통합심장질병진단비(주요심장염증질환)
주5) 통합심장질병진단비(심근병증)
주6) 통합심장질병진단비(심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외))
주7) 통합심장질병진단비(심혈관특정질환Ⅱ)
주8) 통합심장질병진단비(기타심장부정맥)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "통합심장질병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 통합심장질병진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합심장질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성류마티스심장질환진단비, 특정심장판막질환진단비, 특정심장방실및전도장애진단비, 주요심장염증질환진단비, 심근병증진단비, 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비, 심혈관특정질환Ⅱ진단비, 기타심장부정맥진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합심장질병진단비를 세부보장별("만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)", "심혈관특정질환Ⅱ", "기타심장부정맥")로 각각 1회씩 총 8회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-28. 통합심장질병진단비Ⅱ 특별약관(1,2종)

이 특별약관은 아래와 같이 7개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 통합심장질병진단비Ⅱ(만성류마티스심장질환)
- 통합심장질병진단비Ⅱ(특정심장판막질환)
- 통합심장질병진단비Ⅱ(특정심장방실및전도장애)
- 통합심장질병진단비Ⅱ(주요심장염증질환)
- 통합심장질병진단비Ⅱ(심근병증)
- 통합심장질병진단비Ⅱ(심혈관질환(기타심장부정맥제외))
- 통합심장질병진단비Ⅱ(기타심장부정맥)

제1조("통합심장질병Ⅱ"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합심장질병Ⅱ"이라 함은 통합심장질병Ⅱ 분류표(【별표99】 참조)에서 정한 질병 중 "만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관질환(기타심장부정맥제외)" 및 "기타심장부정맥"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "만성류마티스심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "만성류마티스심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 "특정심장판막질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장판막질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4 "특정심장방실및전도장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 핵의학 검사, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장방실및전도장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

5 "주요심장염증질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·이학적검사(진찰)와 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 흉부X선검사, 흉부전산화단층촬영(CT), 흉부자기공명영상(MRI), 핵의학검사, 심근조직검사, 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 혈액배양검사, 조직배양검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "주요심장염증질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

6 "심근병증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 흉부 X-선 검사, 심근조직검사 또는 심장 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심근병증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

7 "심혈관특정질환(기타심장부정맥제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심혈관특정질환(기타심장부정맥제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

8 “기타심장부정맥”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “기타심장부정맥”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

9 제2항 내지 제8항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “만성류마티스심장질환”, “특정심장판막질환”, “특정심장방실및전도장애”, “주요심장염증질환”, “심근병증”, “심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)”, “심혈관특정질환Ⅱ” 및 “기타심장부정맥”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “만성류마티스심장질환”, “특정심장판막질환”, “특정심장방실및전도장애”, “주요심장염증질환”, “심근병증”, “심혈관특정질환(기타심장부정맥제외)” 및 “기타심장부정맥”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “통합심장질병Ⅱ”으로 진단확정된 경우에는 세부보장별(“만성류마티스심장질환”, “특정심장판막질환”, “특정심장방실및전도장애”, “주요심장염증질환”, “심근병증”, “심혈관질환(기타심장부정맥제외)”, “기타심장부정맥”)로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합심장질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
만성류마티스심장질환	만성류마티스심장질환진단비[주1]의 보험가입금액
특정심장판막질환	특정심장판막질환진단비[주2]의 보험가입금액
특정심장방실및전도장애	특정심장방실및전도장애진단비[주3]의 보험가입금액
주요심장염증질환	주요심장염증질환진단비[주4]의 보험가입금액
심근병증	심근병증진단비[주5]의 보험가입금액
심혈관질환(기타심장부정맥제외)	심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비[주6]의 보험가입금액
기타심장부정맥	기타심장부정맥진단비[주7]의 보험가입금액

주1) 통합심장질병진단비Ⅱ(만성류마티스심장질환)
주2) 통합심장질병진단비Ⅱ(특정심장판막질환)
주3) 통합심장질병진단비Ⅱ(특정심장방실및전도장애)
주4) 통합심장질병진단비Ⅱ(주요심장염증질환)
주5) 통합심장질병진단비Ⅱ(심근병증)
주6) 통합심장질병진단비Ⅱ(심혈관질환(기타심장부정맥제외))
주7) 통합심장질병진단비Ⅱ(기타심장부정맥)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “통합심장질병Ⅱ”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 통합심장질병진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과 보험료를 지급한 경우에는 통합심장질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성류마티스심장질환진단비, 특정심장판막질환진단비, 특정심장방실및전도장애진단비, 주요심장염증질환진단비, 심근병증진단비, 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비, 기타심장부정맥진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며,

소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합심장질병진단비를 세부보장별(“만성류마티스심장질환”, “특정심장판막질환”, “특정심장방실및전도장애”, “주요심장염증질환”, “심근병증”, “심혈관질환(기타심장부정맥제외)”, “기타심장부정맥”)로 각각 1회씩 총 7회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-29. 허혈성심장질환진단비, 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “허혈성심장질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 허혈성심장질환진단비 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 허혈성심장진단비(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "허혈성심장질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-30. 허혈성심장질환진단비(출산후5년보장강화) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “허혈성심장질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“출산” 등의 정의)

1 이 특별약관에서 “출산”이라 함은 보험기간 중에 피보험자가 임신하여 자녀를 출산한 경우를 말하며, 계약일 이전에 이미 출산한 자녀가 있다고 하더라도 계약일 이후에 발생한 출산만 “출산”으로 봅니다.

2 이 특별약관에서 “최초출산”이라 함은 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 “출산”에 대한 보장개시일 이후에 피보험자가 최초로 자녀를 “출산”한 경우를 말하며, 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 “출산”은 “최초출산”으로 보지 않습니다.

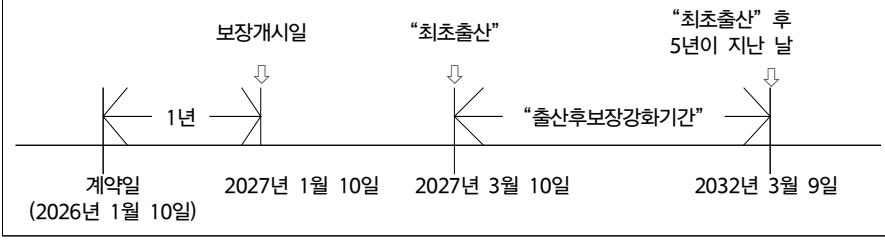
3 제1항의 “출산”은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “최초출산”하고, “출산후보장강화기간”에 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환진단비(출산후5년보장강화)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 “출산후보장강화기간”라 함은 “최초출산” 한 날을 포함하여 5년이 지난날까지로 합니다.

[“출산후보장강화기간” 예시]



제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산하고 “출산후보장강화기간”에 피보험자가 사망하고 그 후에 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 허혈성심장질환진단비(출산후5년보장강화)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비(출산후5년보장강화)에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

3 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하고 보험기간이 종료되더라도, “출산후보장강화기간” 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비(출산후5년보장강화) 지급사유가 발생하는 경우 보험기간 종료와 관계없이 보험금을 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. 피보험자의 출산을 확인할 수 있는 서류(출생증명서, 진료비계산서, 가족관계증명서 등)

2 제1항 제2호 및 제5호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 다음 중 하나에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. 피보험자가 “출산”한 경우
2. 피보험자가 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하고 “출산후보장강화기간”에 “허혈성심장질환”으로 진단확정되지 않은 경우에는 “출산후보장강화기간”이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 아래의 사유로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

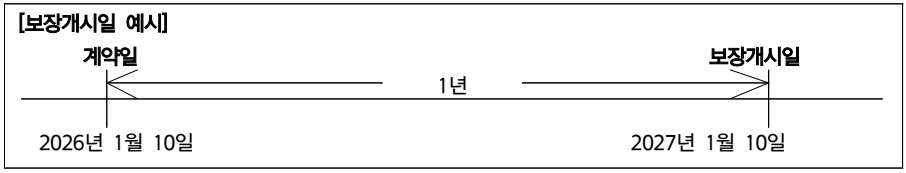
1. 피보험자의 사망
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하기 이전에 피보험자가 “허혈성심장질환”으로 진단확정되는 경우

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류와 함께 사고증명서(진단서 등)를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

5 제4항의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제1호, 제2호 및 제4호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제1호, 제2호 및 제4호 내지 제8호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호 및 제7호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
4 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제8호에도 불구하고, 다음 중 어느 하나의 사유로 제2항 제8호의 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
   1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
   2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
   3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

   5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
   6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
   7. 성병
   8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
   9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
   10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
   11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
   12. 정상분만, 치과질환

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제1호, 제2호 및 제4호에서 정한

사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제1호, 제2호 및 제4호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호 및 제6호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2("상해50%이상후유장해" 및 "상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질

병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】
1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2("상해50%이상후유장해" 및 "상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제5호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
【3종(납입면제형, 기본형)】
1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】
1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이

전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “최초출산”하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "출산후보장강화기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-31. 주요허혈성심장질환진단비, 주요허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("주요허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요허혈성심장질환"이라 함은 주요허혈성심장질환 분류표(【별표26】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "주요허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요허혈성심장질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 주요허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 주요허혈성심장질환진단비 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 주요허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "주요허혈성심장질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 주요허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 주요허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항

사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요허혈성심장질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 주요허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-32. 급성심근경색증진단비, 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표28】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 급성심근경색증진단비 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-33. 급성심근경색증진단비(출산후5년보장강화) 특별약관

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표28】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조("출산" 등의 정의)

1 이 특별약관에서 "출산"이라 함은 보험기간 중에 피보험자가 임신하여 자녀를 출산한 경우를 말하며, 계약일 이전에 이미 출산한 자녀가 있다고 하더라도 계약일 이후에 발생한 출산만 "출산"으로 봅니다.

2 이 특별약관에서 "최초출산"이라 함은 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 "출산"에 대한 보장개시일 이후에 피보험자가 최초로 자녀를 "출산"한 경우를 말하며, 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 "출산"은 "최초출산"으로 보지 않습니다.

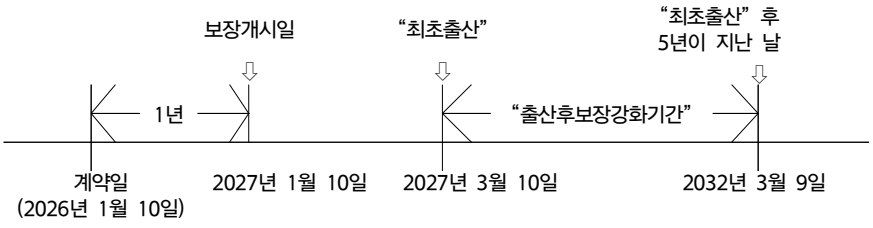
3 제1항의 "출산"은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "최초출산"하고, "출산후보장강화기간"에 "급성심근경색증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비(출산후5년보장강화)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "출산후보장강화기간"라 함은 "최초출산" 한 날을 포함하여 5년이 지난날까지로 합니다.

["출산후보장강화기간" 예시]



제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산하고 "출산후보장강화기간"에 피보험자가 사망하고 그 후에 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 급성심근경색증진단비(출산후5년보장강화)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비(출산후5년보장강화)에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

3 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 "최초출산"하고 보험기간이 종료되더라도, "출산후보장강화기간" 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비(출산후5년보장강화) 지급사유가 발생하는 경우 보험기간 종료와 관계없이 보험금을 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. 피보험자의 출산을 확인할 수 있는 서류(출생증명서, 진료비계산서, 가족관계증명서 등)

② 제1항 제2호 및 제5호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 다음 중 하나에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. 피보험자가 “출산”한 경우
2. 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우

제7조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하고 “출산후보장강화기간”에 “급성심근경색증”으로 진단확정되지 않은 경우에는 “출산후보장강화기간”이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 아래의 사유로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

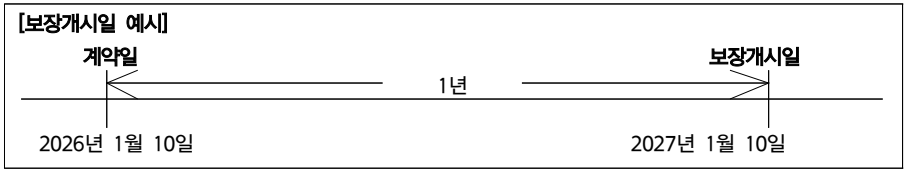
1. 피보험자의 사망
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하기 이전에 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단확정되는 경우

④ 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류와 함께 사고증명서(진단서 등)를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

⑤ 제4항의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제1호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제1호 내지 제8호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호 및 제7호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제8호에도 불구하고, 다음 중 어느 하나의 사유로 제2항 제8호의 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제1호, 제2호 및 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제1호, 제2호 및 제4호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호 및 제6호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2("상해50%이상후유장해" 및 "상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】
1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “최초출산”하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "출산후보장강화기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제14조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-34. 심혈관질환진단비 특별약관(1,2종)

제1조("심혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "심혈관질환"이라 함은 심혈관질환 분류표(【별표32】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "심혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "심혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "심혈관질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-35. 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비 특별약관(1,2종)

제1조("심혈관질환(기타심장부정맥제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"이라 함은 심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표

(【별표33】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-36. 심혈관특정질환 I 진단비 특별약관(3,4,5종)

제1조("심혈관특정질환 I "의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “심혈관특정질환Ⅰ”이라 함은 심혈관특정질환Ⅰ 분류표(【별표29】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 “심혈관특정질환Ⅰ”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관특정질환Ⅰ”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 “심혈관특정질환Ⅰ”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관특정질환Ⅰ”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심혈관특정질환Ⅰ진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “심혈관특정질환Ⅰ”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심혈관특정질환Ⅰ진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관특정질환Ⅰ진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관특정질환Ⅰ진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-37. 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비 특별약관(3,4,5종)

제1조("심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"이라 함은 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외) 분류표(【별표30】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법

서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-38. 심혈관특정질환Ⅱ진단비 특별약관(3,4,5종)

제1조("심혈관특정질환Ⅱ"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "심혈관특정질환Ⅱ"이라 함은 심혈관특정질환Ⅱ 분류표(【별표31】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "심혈관특정질환Ⅱ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관특정질환Ⅱ"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "심혈관특정질환Ⅱ"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관특정질환Ⅱ"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심혈관특정질환Ⅱ진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "심혈관특정질환Ⅱ"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심혈관특정질환Ⅱ진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관특정질환Ⅱ진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연

명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관특정질환Ⅱ진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-39. 심장판막협착증(대동맥판막)진단비 특별약관

제1조("심장판막협착증(대동맥판막)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "심장판막협착증(대동맥판막)"이라 함은 심장판막협착증(대동맥판막) 분류표(【별표34】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "심장판막협착증(대동맥판막)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도검사, 심장초음파검사, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심장판막협착증(대동맥판막)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "심장판막협착증(대동맥판막)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "심장판막협착증(대동맥판막)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장판막협착증(대동맥판막)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "심장판막협착증(대동맥판막)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심장판막협착증(대동맥판막) 진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심장판막협착증(대동맥판막)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장판막협착증(대동맥판막)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-40. 심근병증진단비 특별약관

제1조("심근병증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "심근병증"이라 함은 심근병증 분류표(【별표35】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "심근병증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 흉부 X-선 검사, 심근조직검사 또는 심장 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심근병증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "심근병증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "심근병증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심근병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "심근병증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심근병증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심근병증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심근병증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-41. 천식진단비 특별약관

제1조("천식"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "천식"이라 함은 천식 분류표(【별표89】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "천식"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사,

객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "천식"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "천식"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 천식진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "천식"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 천식진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 천식진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 천식진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-42. 폐렴진단비 특별약관

제1조("폐렴"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "폐렴"이라 함은 폐렴 분류표(【별표90】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "폐렴"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "폐렴"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과,

진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "폐렴"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "폐렴"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 폐렴진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 폐렴진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 폐렴진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-43. 폐렴진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("폐렴"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "폐렴"이라 함은 폐렴 분류표(【별표90】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "폐렴"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "폐렴"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "폐렴"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

② 제1항의 폐렴진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "폐렴"의 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-44. 패혈증진단비 특별약관

제1조("패혈증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "패혈증"이라 함은 패혈증 분류표(【별표91】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "패혈증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "패혈증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "패혈증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 패혈증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "패혈증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 패혈증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 패혈증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 패혈증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터

이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-45. 패혈증진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("패혈증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "패혈증"이라 함은 패혈증 분류표(【별표91】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "패혈증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "패혈증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "패혈증"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 패혈증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 패혈증진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-46. 주요폐질환진단비 특별약관

제1조("주요폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요폐질환"이라 함은 주요폐질환 분류표(【별표92】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요폐질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "주요폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요폐질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 주요폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "주요폐질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 주요폐질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 주요폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요폐질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-47. 주요폐질환진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("주요폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요폐질환"이라 함은 주요폐질환 분류표(【별표92】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요폐질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "주요폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요폐질환"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 주요폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 주요폐질환진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-48. 외부요인으로인한폐질환진단비 특별약관

제1조("외부요인으로인한폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "외부요인으로인한폐질환"이라 함은 외부요인으로인한폐질환 분류표(【별표93】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "외부요인으로인한폐질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "외부요인으로인한폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외부요인으로인한폐질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 외부요인으로인한폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "외부요인으로인한폐질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 외부요인으로인한폐질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 외부요인으로인한폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 외부요인으로인한폐질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-49. 외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("외부요인으로인한폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "외부요인으로인한폐질환"이라 함은 외부요인으로인한폐질환 분류표(【별표93】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "외부요인으로인한폐질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "외부요인으로인한폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외부요인으로인한폐질환"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 외부요인으로인한폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 외부요인으로인한폐질환진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-50. 통합갑상선질환진단및치료비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 통합갑상선질환진단및치료비(초기갑상선암진단비)
- 통합갑상선질환진단및치료비(갑상선암(초기제외)진단비)
- 통합갑상선질환진단및치료비(중증갑상선암진단비)
- 통합갑상선질환진단및치료비(갑상선기능항진증치료(1회한,급여))
- 통합갑상선질환진단및치료비(특정갑상선기능저하증진단비)

제1조("통합갑상선질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합갑상선질환"이라 함은 "초기갑상선암", "갑상선암(초기제외)", "중증갑상선암", "갑상선기능항진증" 및 "특정갑상선기능저하증"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "초기갑상선암"이라 함은 "갑상선암" 중에서 유두암 또는 여포암이고, 병리학적으로 암 종양의 크기가 최대 2.0㎝ 이하로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 "갑상선암"을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암(초기제외)"이라 함은 "갑상선암"중에서 "초기갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에서 "중증갑상선암"이라 함은 "갑상선암" 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 "갑상선암"을 말합니다.

6 이 특별약관에서 "갑상선기능항진증"이라 함은 갑상선기능항진증 분류표(【별표100】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 이 특별약관에서 "특정갑상선기능저하증"이라 함은 특정갑상선기능저하증 분류표(【별표101】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

8 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

9 "초기갑상선암", "갑상선암(초기제외)" 및 "중증갑상선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "초기갑상선암", "갑상선암(초기제외)" 또는 "중증갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

10 "갑상선기능항진증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "갑상선기능항진증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

11 "특정갑상선기능저하증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 갑상선 기능검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "특정갑상선기능저하증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("갑상선기능항진증치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "갑상선기능항진증치료"라 함은 "갑상선기능항진증"의 직접적인 치료를 목적으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다. 단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.

1. 급여 갑상선절제술 분류표(【별표84】 참조)에서 정한 진료행위(이하 "급여 갑상선절제술"이라 합니다)를 받은 경우
2. 방사성요오드치료를 받은 경우
3. 항갑상선제를 처방받은 투약일수가 60일 이상인 경우

- **방사성요오드치료** : 주성분이 요오드화 나트륨(131I)에 해당하는 치료
- **항갑상선제 :** 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole에 해당하는 약제

2 제1항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 "급여 갑상선절제술"의 범위가 변경된 경우에는 해당 치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선기능항진증"을 제외한 "통합갑상선질환"으로 진단확정된 경우 또는 "갑상선기능항진증"으로 진단확정되고 "갑상선기능항진증치료"를 받은 경우에는 세부보장별("초기갑상선암", "갑상선암(초기제외)", "중증갑상선암", "갑상선기능항진증치료", "특정갑상선기능저하증")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합갑상선질환진단및치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액
초기갑상선암	초기갑상선암진단비[주1]의 보험가입금액
갑상선암(초기제외)	갑상선암(초기제외)진단비[주2]의 보험가입금액
중증갑상선암	중증갑상선암진단비[주3]의 보험가입금액
갑상선기능항진증치료	갑상선기능항진증치료비[주4]의 보험가입금액
특정갑상선기능저하증	특정갑상선기능저하증진단비[주5]의 보험가입금액

주1) 통합갑상선질환진단및치료비(초기갑상선암진단비)
주2) 통합갑상선질환진단및치료비(갑상선암(초기제외)진단비)
주3) 통합갑상선질환진단및치료비(중증갑상선암진단비)
주4) 통합갑상선질환진단및치료비(갑상선기능항진증치료(1회한,급여))
주5) 통합갑상선질환진단및치료비(특정갑상선기능저하증진단비)

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
초기갑상선암	초기갑상선암진단비[주1] 보험가입금액의 50%	초기갑상선암진단비[주1]의 보험가입금액
갑상선암(초기제외)	갑상선암(초기제외)진단비[주2] 보험가입금액의 50%	갑상선암(초기제외)진단비[주2]의 보험가입금액
중증갑상선암	중증갑상선암진단비[주3] 보험가입금액의 50%	중증갑상선암진단비[주3]의 보험가입금액
갑상선기능항진증치료	갑상선기능항진증치료비[주4] 보험가입금액의 50%	갑상선기능항진증치료비[주4]의 보험가입금액
특정갑상선기능저하증	특정갑상선기능저하증진단비[주5] 보험가입금액의 50%	특정갑상선기능저하증진단비[주5]의 보험가입금액

주1) 통합갑상선질환진단및치료비(초기갑상선암진단비)
주2) 통합갑상선질환진단및치료비(갑상선암(초기제외)진단비)
주3) 통합갑상선질환진단및치료비(중증갑상선암진단비)
주4) 통합갑상선질환진단및치료비(갑상선기능항진증치료(1회한,급여))
주5) 통합갑상선질환진단및치료비(특정갑상선기능저하증진단비)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "통합갑상선질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 통합갑상선질환진단및치료비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합갑상선질환진단및치료비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 초기갑상선암진단비, 갑상선암(초기제외)진단비, 중증갑상선암진단비, 갑상선기능항진증치료비, 특정갑상선기능저하증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합갑상선질환진단및치료비를 세부보장별("초기갑상선암", "갑상선암(초기제외)", "중증갑상선암", "갑상선기능항진증치료", "특정갑상선기능저하증")로 각각 1회씩 총 5회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관

제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-51. Lady갑상선케어패키지(초기갑상선암진단비) 특별약관

제1조("초기갑상선암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "초기갑상선암"이라 함은 "갑상선암" 중에서 유두암 또는 여포암이고, 병리학적으로 암 종양의 크기가 최대 2.0㎝ 이하로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 "갑상선암"을 말합니다.
3 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

4 "초기갑상선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "초기갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
5 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "초기갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "초기갑상선암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 초기갑상선암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "초기갑상선암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 초기갑상선암진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 초기갑상선암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 초기갑상선암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-52. Lady갑상선케어패키지(갑상선암(초기제외)진단비) 특별약관

제1조("갑상선암(초기제외)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "초기갑상선암"이라 함은 "갑상선암" 중에서 유두암 또는 여포암이고, 병리학적으로 암 종양의 크기가 최대 2.0㎝ 이하로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 "갑상선암"을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암(초기제외)"이라 함은 "갑상선암"중에서 "초기갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

④ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "갑상선암(초기제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "갑상선암(초기제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암(초기제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제5항에 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

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선암(초기제외)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "갑상선암(초기제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 갑상선암(초기제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 갑상선암(초기제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-53. Lady갑상선케어패키지(중증갑상선암진단비) 특별약관

제1조("중증갑상선암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "중증갑상선암"이라 함은 "갑상선암" 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 "갑상선암"을 말합니다.
3 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

4 "중증갑상선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "중증갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
5 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중증갑상선암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증갑상선암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "중증갑상선암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 중증갑상선암진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 중증갑상선암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-54. Lady갑상선케어패키지(갑상선기능항진증치료(1회한,급여)) 특별약관

제1조("갑상선기능항진증", "갑상선기능항진증치료"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "갑상선기능항진증"이라 함은 갑상선기능항진증 분류표(【별표100】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "갑상선기능항진증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "갑상선기능항진증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

③ "갑상선기능항진증치료"라 함은 "갑상선기능항진증"의 직접적인 치료를 목적으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다. 단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.

1. 급여 갑상선절제술 분류표(【별표84】 참조)에서 정한 진료행위(이하 "급여 갑상선절제술"이라 합니다)를 받은 경우
2. 방사성요오드치료를 받은 경우
3. 항갑상선제를 처방받은 투약일수가 60일 이상인 경우

[방사성요오드치료]
주성분이 요오드화 나트륨(131I)에 해당하는 치료
[항갑상선제]
주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole에 해당하는 약제

4 제3항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 "급여 갑상선절제술"의 범위가 변경된 경우에는 해당 치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

5 제4항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선기능항진증"으로 진단확정되고 "갑상선기능항진증치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선기능항진증치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능항진증치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-55. Lady갑상선케어패키지(특정갑상선기능저하증진단비) 특별약관

제1조("특정갑상선기능저하증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정갑상선기능저하증"이라 함은 특정갑상선기능저하증 분류표(【별표101】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정갑상선기능저하증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국

내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 갑상선 기능검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "특정갑상선기능저하증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정갑상선기능저하증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정갑상선기능저하증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정갑상선기능저하증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정갑상선기능저하증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정갑상선기능저하증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정갑상선기능저하증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-56. 대상포진진단비 특별약관

제1조("대상포진"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "대상포진"이라 함은 대상포진 분류표(【별표36】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "대상포진"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "대상포진"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "대상포진"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "대상포진"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 대상포진진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-57. 대상포진눈병진단비 특별약관

제1조("대상포진눈병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "대상포진눈병"이라 함은 대상포진눈병 분류표(【별표37】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "대상포진눈병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "대상포진눈병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "대상포진눈병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진눈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "대상포진눈병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 대상포진눈병진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진눈병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도

인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-58. 통풍진단비 특별약관

제1조("통풍"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통풍"이라 함은 통풍 분류표(【별표38】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "통풍"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 검사 소견(혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광 현미경 검사, 기타 혈액검사 등) 및 영상 소견(초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등)을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "통풍"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "통풍"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통풍진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "통풍"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 통풍진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 통풍진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-59. 골다공증진단비Ⅱ(세부보장별각1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 골다공증진단비Ⅱ(경증이상골다공증(T값-2.5이하))
- 골다공증진단비Ⅱ(중등증이상골다공증(T값-3.0이하))
- 골다공증진단비Ⅱ(중증골다공증(T값-3.5이하))

제1조("골다공증"의 정의 및 진단확정)
1. 이 특별약관에서 "골다공증"이라 함은 "경증이상골다공증", "중등증이상골다공증" 및 "중증골다공증"을 말합니다.
2. 이 특별약관에서 "경증이상골다공증"이라 함은 골다공증 분류표(【별표124】 참조)에서 정한 질병으로 골다공증 진단방법을 기준으로 하여 이중에너지 방사선 흡수계측법(Dual energy X-ray absorptiometry, DXA)을 이용하여 측정한 T값(T-score)이 -2.5이하인 경우를 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3. 이 특별약관에서 "중등증이상골다공증"이라 함은 골다공증 분류표(【별표124】 참조)에서 정한 질병으로 골다공증 진단방법을 기준으로 하여 이중에너지 방사선 흡수계측법(Dual energy X-ray absorptiometry, DXA)을 이용하여 측정한 T값(T-score)이 -3.0이하인 경우를 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4. 이 특별약관에서 "중증골다공증"이라 함은 골다공증 분류표(【별표124】 참조)에서 정한 질병으로 골다공증 진단방법을 기준으로 하여 이중에너지 방사선 흡수계측법(Dual energy X-ray absorptiometry, DXA)을 이용하여 측정한 T값(T-score)이 -3.5이하인 경우를 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5. "골다공증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외) 면허를 가진 자에 의하여 표준적인 의학적 골다공증진단방법(요추, 대퇴골 경부, 대퇴골 전체를 측정하고 가장 낮은 T값으로 진단하는 방법)을 기준으로 하여 내려져야하며, 이중에너지 방사선 흡수계측법(DXA)으로 측정하는 골밀도 기기의 결과지를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "골다공증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
6. 제2항 내지 제4항의 이중에너지 방사선 흡수계측법이 더 이상 골다공증진단방법으로 사용되지 않고, 국내 의학계에서 인정되는 골다공증진단방법이 변경될 경우에는 변경된 골다공증진단방법에 따라 "골다공증"과 각각 동등한 정도로 인정되는 상태를 "골다공증"으로 인정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "골다공증"으로 진단확정된 경우 아래의 금액을 세부보장별로 각 최초 1회에 한하여 골다공증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액
경증이상골다공증	골다공증진단비Ⅱ(경증이상골다공증(T값-2.5이하))의 보험가입금액
중등증이상골다공증	골다공증진단비Ⅱ(중등증이상골다공증(T값-3.0이하))의 보험가입금액
중증골다공증	골다공증진단비Ⅱ(중증골다공증(T값-3.5이하))의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
경증이상골다공증	골다공증진단비Ⅱ(경증이상골다공증(T값-2.5이하))의 보험가입금액의 50%	골다공증진단비Ⅱ(경증이상골다공증(T값-2.5이하))의 보험가입금액
중등증이상골다공증	골다공증진단비Ⅱ(중등증이상골다공증(T값-3.0이하))의 보험가입금액의 50%	골다공증진단비Ⅱ(중등증이상골다공증(T값-3.0이하))의 보험가입금액
중증골다공증	골다공증진단비Ⅱ(중증골다공증(T값-3.5이하))의 보험가입금액의 50%	골다공증진단비Ⅱ(중증골다공증(T값-3.5이하))의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "골다공증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 각각의 골다공증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 골다공증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 골다공증의 진단 결과를 확인할 수 있는 서류(소견서, 진료확인서, 검사결과지 등))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장별("경증이상골다공증","중등증이상골다공증","중증골다공증") 골다공증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

② 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 골다공증진단비를 세부보장별("경증이상골다공증", "중등증이상골다공증", "중증골다공증")로 각각 1회씩 총 3회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-60. 자궁내막증진단비, Lady자궁난소케어패키지(자궁내막증진단비) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("자궁내막증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "자궁내막증"이라 함은 자궁내막증 분류표(【별표102】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "자궁내막증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 골반초음파검사, 복부MRI검사, 복강경검사 또는 조직검사을 기초로 하여야합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "자궁내막증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 자궁내막증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "자궁내막증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 자궁내막증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 자궁내막증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자궁내막증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-61. 중등도이상자궁경부이형성증진단비, Lady자궁난소케어패키지(중등도이상자궁경부이형성증진단비) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("중등도이상자궁경부이형성증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중등도이상자궁경부이형성증"이라 함은 중등도이상자궁경부이형성증 분류표(【별표 103】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "중등도이상자궁경부이형성증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "중등도이상자궁경부이형성증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "중등도이상자궁경부이형성증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중등도이상자궁경부이형성증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "중등도이상자궁경부이형성증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 중등도이상자궁경부이형성증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 중등도이상자궁경부이형성증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "중등도이상자궁경부이형성증"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

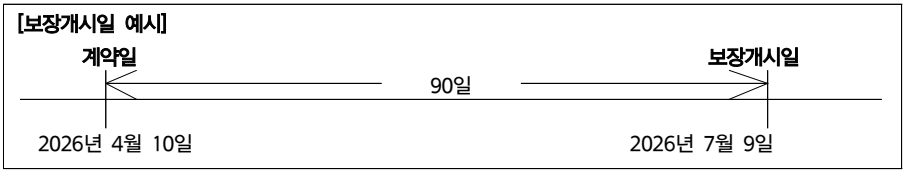
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상자궁경부이형성증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-62. 요로결석진단비 특별약관

제1조("요로결석"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "요로결석"이라 함은 요로결석 분류표(【별표104】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "요로결석"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 소변검사, 초음파, X-선검사 및 전산화 단층촬영(CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "요로결석"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 또한, 회사는 "요로결석"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "요로결석"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 요로결석진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
–	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “요로결석”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 요로결석진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 요로결석진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “요로결석”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

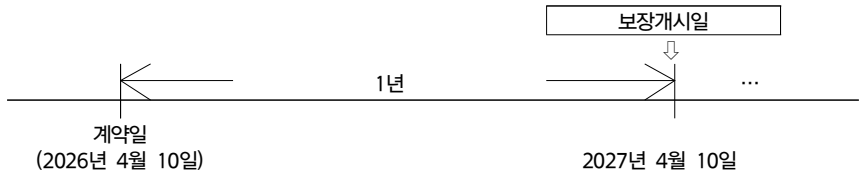
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

[“요로결석”의 보장개시일 예시]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-63. 조기폐경진단비 특별약관

제1조("조기폐경"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "조기폐경"이라 함은 조기폐경 분류표(【별표39】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "조기폐경"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 호르몬검사를 기초로 하여야합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "조기폐경"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 조기폐경 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "조기폐경"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 조기폐경진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 조기폐경진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 호르몬검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 조기폐경진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-64. 폐경후골다공증진단비 특별약관

제1조("폐경후골다공증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "폐경후골다공증"이라 함은 폐경후골다공증 분류표(【별표40】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "폐경후골다공증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "폐경후골다공증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "폐경후골다공증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 폐경후골다공증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "폐경후골다공증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 폐경후골다공증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 폐경후골다공증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 폐경후골다공증진단비 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-65. 난소과다자극진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조("난소과다자극"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "난소과다자극"이라 함은 난소과다자극 분류표(【별표105】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "난소과다자극"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "난소과다자극"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "난소과다자극"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 난소과다자극진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액			지급한도
최초계약		갱신계약	
계약일로부터 경과기간			
1년 미만	1년 이상		
-	이 특별약관의 보험가입금액		연간1회

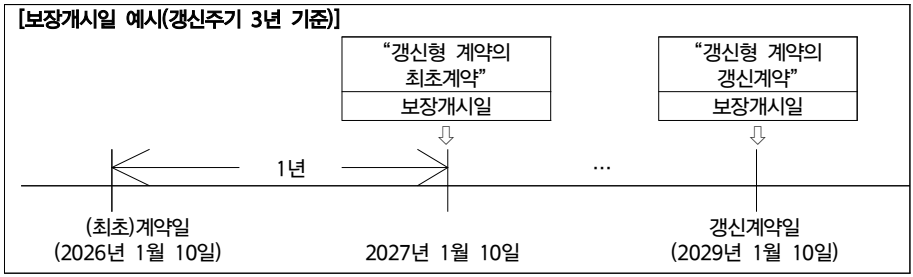
2 제1항의 난소과다자극진단비는 "난소과다자극"의 직접적인 원인, 종류 및 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "난소과다자극"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제4조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-66. 간부전진단비 특별약관

제1조("간부전"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "간부전"라 함은 간부전 분류표(【별표41】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "간부전"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 혈액검사(간기능, 혈액응고인자 검사 등, MRI, CT, 복부초음파 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "간부전"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "간부전"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 간부전진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형,

납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "간부전"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 간부전진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 간부전진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간부전진단비 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-67. 급성신부전진단비 특별약관

제1조("급성신부전"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성신부전"라 함은 급성신부전 분류표(【별표42】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "급성신부전"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "급성신부전"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성신부전"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성신부전진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "급성신부전"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 급성신부전진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성신부전진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성신부전진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-68. 말기간경화진단비 특별약관

제1조("말기간경화"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "말기간경화"라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.

1. 통제가 불가능한 복수증
2. 영구적인 황달
3. 위나 식도벽의 정맥류
4. 간성 뇌증

② 제1항의 "말기간경화"에서 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.

③ "말기간경화"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원,

의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간조사(Radioisotope Liver Scan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "말기간경화"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "말기간경화"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 말기간경화진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "말기간경화"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 말기간경화진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기간경화진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-69. 말기폐질환진단비 특별약관

제1조("말기폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "말기폐질환"이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로서 말기폐질환 분류표(【별표134】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다. 이 때, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
2. 평상시 1초간 노력성 호기량(FEV1.0) 검사가 정상예측치의 25% 이하

2 "말기폐질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "말기폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "말기폐질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 말기폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "말기폐질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 말기폐질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-70. 말기신부전증진단비 특별약관

제1조("말기신부전증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "말기신부전증"이라 함은 아래 사항에 모두 해당하는 경우를 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 말기신부전증 분류표(【별표135】 참조)에서 정한 질병
2. 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)
3. 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장 투석(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우(단, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 제외합니다)

2 "말기신부전증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "말기신부전증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "말기신부전증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 말기신부전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "말기신부전증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 말기신부전증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기신부전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기

간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-71. 유방절제후림프부종진단비, Lady여성질환치유패키지(유방절제후림프부종진단비) 특별약관

제1조("유방절제후림프부종"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "유방절제후림프부종"이라 함은 유방절제후림프부종 분류표(【별표121】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "유방절제후림프부종"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 핵의학 검사, 혈액검사, 영상 검사(초음파, CT, MRI 등) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "유방절제후림프부종"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "유방절제후림프부종"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방절제후림프부종진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "유방절제후림프부종"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 유방절제후림프부종진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 유방절제후림프부종진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제후림프부종진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-72. 성대및후두의신경손상진단비, Lady여성질환치유패키지(성대및후두의신경손상진단비) 특별약관

제1조("성대및후두의신경손상"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "성대및후두의신경손상"이라 함은 성대및후두장해 분류표(【별표106】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "성대및후두의신경손상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 영상 검사(초음파, CT, MRI 등), 내시경검사, 근전도검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "성대및후두의신경손상"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "성대및후두의신경손상"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성대및후두의신경손상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "성대및후두의신경손상"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 성대및후두의신경손상진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 성대및후두의신경손상진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 성대및후두의신경손상진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제

7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-73. 갑상선암수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비, Lady여성질환치유패키지(갑상선암수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비) 특별약관

제1조("갑상선암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

3 "갑상선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조 ("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조("비대성흉터(켈로이드포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "비대성흉터(켈로이드포함)"라 함은 비대성흉터(켈로이드포함) 분류표(【별표107】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "비대성흉터(켈로이드포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "비대성흉터(켈로이드포함)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 지급사유)

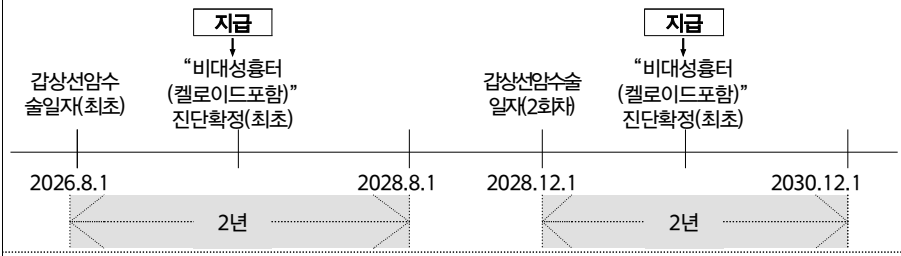
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선암"으로 진단확정되어 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받고 수술의 직접결과로써 "보험금 지급기간" 이내에 "비대성흉터(켈로이드포함)"로 진단확정된 경우 수술 1회당 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 "갑상선암"으로 진단확정되어 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은날까지 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 "갑상선암"으로 진단확정되어 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은날부터 그 날을 포함하여 2년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.

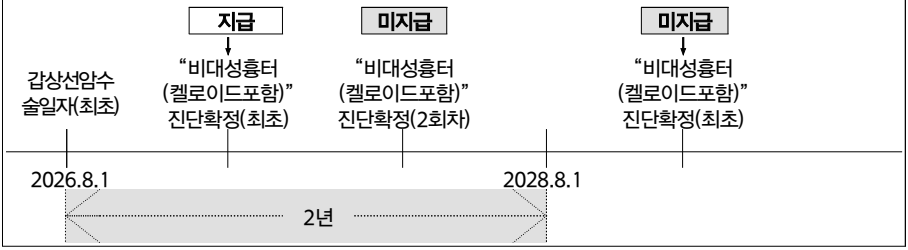
[보험금 지급예시]

1. "보험금 지급기간"이내에 수술 1회당 진단확정 최초 1회에 한하여 지급



2-1. "보험금 지급기간"이내에 수술 1회당 진단확정 2회차 미지급

2-2. "보험금 지급기간"이 경과한 때부터 미지급



제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선암"으로 진단확정되어 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받고 제4조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "보험금 지급기간" 이내에 사망하고 그 후에 "비대성흉터(켈로이드포함)"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 갑상선암수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 갑상선암수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

3 제4조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중에 "갑상선암"으로 진단확정되어 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받고 보험기간이 종료되더라도 제4조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "보험금 지급기간"이 종료되지 않았을 경우에는 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-74. 제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비, Lady여성질환치유패키지(제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비) 특별약관

제1조("임신, 출산 및 산후기 질병"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "임신, 출산 및 산후기 질병"이란 임신, 출산 및 산후기 질병 분류표【별표118】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "임신, 출산 및 산후기 질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "임신, 출산 및 산후기 질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조 ("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조("비대성흉터(켈로이드포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "비대성흉터(켈로이드포함)"라 함은 비대성흉터(켈로이드포함) 분류표(【별표107】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "비대성흉터(켈로이드포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "비대성흉터(켈로이드포함)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 지급사유)

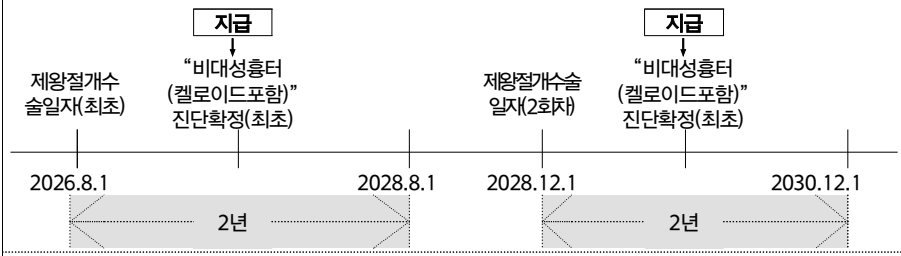
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "임신, 출산 및 산후기 질병"으로 진단확정되어 복벽과 자궁벽의 절개를 통해 태아를 분만하는 수술(이하 "제왕절개수술"이라 합니다)을 받고 수술의 직접결과로써 "보험금 지급기간" 이내에 "비대성흉터(켈로이드포함)"로 진단확정된 경우 수술 1회당 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 "임신, 출산 및 산후기 질병"으로 진단확정되어 제왕절개수술을 받은날까지 경과기간	
1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관의 보험가입금액

2 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 제왕절개수술을 받은날부터 그 날을 포함하여 2년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.

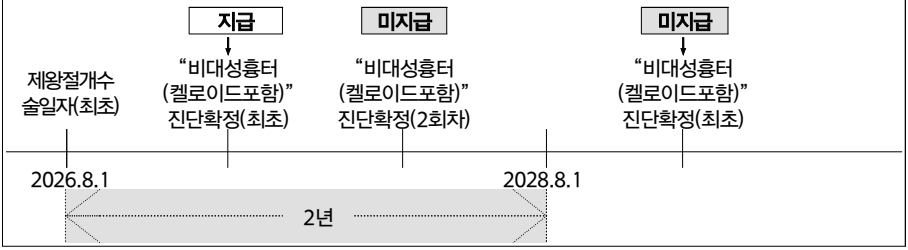
[보험금 지급예시]

1. “보험금 지급기간”이내에 수술 1회당 진단확정 최초 1회에 한하여 지급



2-1. “보험금 지급기간”이내에 수술 1회당 진단확정 2회차 미지급

2-2. “보험금 지급기간”이 경과한 때부터 미지급



제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “임신, 출산 및 산후기 질병”으로 진단확정되어 “제왕절개수술”을 받고 제4조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 “보험금 지급기간” 이내에 사망하고 그 후에 “비대성흉터(켈로이드포함)”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

3 제4조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “임신, 출산 및 산후기 질병”으로 진단확정되어 “제왕절개수술”을 받고 보험기간이 종료되더라도 제4조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

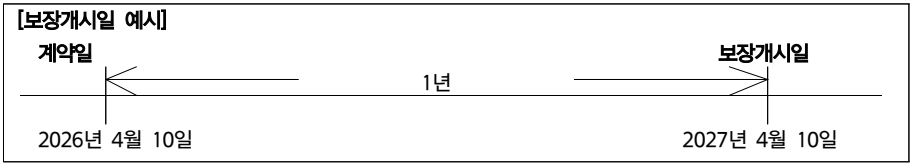
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "임신, 출산 및 산후기 질병"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-75. 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비(연간1억원한도) 특별약관

제1조("유방,갑상선,여성생식기질환"등의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환"이라 함은 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))", "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)", "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 이 특별약관에서 "특정유방질환"이라 함은 "특정유방질환(암(전이암포함))", "특정유방질환(유사암)" 및 "특정유방질환(일반질환)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "특정갑상선질환"이라 함은 "특정갑상선질환(유사암)" 및 "특정갑상선질환(일반질환)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 "특정여성생식기질환"이라 함은 "특정여성생식기질환(암(전이암포함))", "특정여성생식기질환(유사암)" 및 "특정여성생식기질환(일반질환)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 이 특별약관에서 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))"이라 함은 "특정유방질환(암(전이암포함))" 및 "특정여성생식기질환(암(전이암포함))"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
6 이 특별약관에서 "특정유방질환(암(전이암포함))"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따

릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80

7 이 특별약관에서 “특정여성생식기질환(암(전이암포함))”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
2. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
3. 난소의 이차성 악성 신생물	C79.6

8 이 특별약관에서 “유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)”이라 함은 “특정유방질환(유사암)”, “특정갑상선질환(유사암)” 및 “특정여성생식기질환(유사암)”을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

9 이 특별약관에서 “특정유방질환(유사암)”이라 함은 특정유방질환(유사암) 분류표(【별표128】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

10 이 특별약관에서 “특정갑상선질환(유사암)”이라 함은 특정갑상선질환(유사암) 분류표(【별표130】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

11 이 특별약관에서 “특정여성생식기질환(유사암)”이라 함은 특정여성생식기질환(유사암) 분류표(【별표132】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

12 “유방,여성생식기질환(암(전이암포함))”, “특정유방질환(암(전이암포함))”, “특정여성생식기질환(암(전이암포함))”, “유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)”, “특정유방질환(유사암)”, “특정갑상선질환(유사암)” 및 “특정여성생식기질환(유사암)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “유방,여성생식기질환(암(전이암포함))”, “특정유방질환(암(전이암포함))”, “특정여성생식기질환(암(전이암포함))”, “유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)”, “특정유방질환(유사암)”, “특정갑상선질환(유사암)” 및 “특정여성생식기질환(유사암)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

13 이 특별약관에서 “갑상선,여성생식기질환(일반질환A)”이라 함은 갑상선,여성생식기질환(일반질환A) 분류표(【별표125】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

14 이 특별약관에서 “여성생식기질환(일반질환B)”이라 함은 여성생식기질환(일반질환B) 분류표(【별표126】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

15 이 특별약관에서 “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)”이라 함은 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C) 분류표(【별표127】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

16 이 특별약관에서 “특정유방질환(일반질환)”이라 함은 특정유방질환(일반질환) 분류표(【별표129】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

17 이 특별약관에서 “특정갑상선질환(일반질환)”이라 함은 특정갑상선질환(일반질환) 분류표(【별표131】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

18 이 특별약관에서 “특정여성생식기질환(일반질환)”이라 함은 특정여성생식기질환(일반질환) 분류표(【별

표133】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

⑲ “갑상선,여성생식기질환(일반질환A)”,“여성생식기질환(일반질환B)”,“유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)”, “특정유방질환(일반질환)”, “특정갑상선질환(일반질환)” 및 “특정여성생식기질환(일반질환)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “갑상선,여성생식기질환(일반질환A)”,“여성생식기질환(일반질환B)”,“유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)”, “특정유방질환(일반질환)”, “특정갑상선질환(일반질환)” 및 “특정여성생식기질환(일반질환)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(“상급종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(“중환자실”의 정의)

이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(“입원” 및 “통원”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)”는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”
2. “급여 유방바늘생검조직병리검사”
3. “급여 자궁내막생검조직병리검사”
4. “급여 자궁경검사”
5. “급여 복강경검사”
6. “급여 MRI촬영검사”
7. “급여 CT촬영검사”
8. “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”

② 이 특별약관에서 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”, “급여 유방바늘생검조직병리검사”, “급여 자궁내막생검조직병리검사”, “급여 자궁경검사”, “급여 복강경검사”, “급여 MRI촬영검사”, “급여 CT촬영검사” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 각각 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준”, “급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준”, “급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준”, “급여 자궁경검사 인정기준”, “급여 복강경검사 인정기준”, “급여 MRI촬영검사 인정기준”, “급여 CT촬영검사 인정기준” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

구분	진료행위	분류번호	코드
급여 갑상선바늘생검조직병리검사	갑상선생검-침생검	나-859	C8591
급여 유방바늘생검조직병리검사	유방생검[편측]-침생검	나-864	C8641
급여 자궁내막생검조직병리검사	자궁내막조직생검	나-857	-
급여 자궁경검사	자궁경검사	나-771	-
급여 복강경검사	복강경검사	나-769	-
급여 MRI촬영검사	자기공명영상진단	다-246	-
급여 CT촬영검사	전산화단층영상진단	다-245	-
급여 양전자방출단층촬영(PET)검사	양전자방출단층촬영	다-339	-

[갑상선생검-침생검]
갑상선 결절 및 혹에서 얇은 바늘로 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[유방생검[편측]-침생검]
유방에서 얇은 바늘로 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자궁내막조직생검]
자궁 내막의 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자궁경검사]
내시경을 질 및 자궁경부를 통해 자궁 내로 삽입하여 자궁 내부를 직접 관찰해 진단에 이용하는 검사

[복강경검사]
내시경을 배꼽 부위 등에 작은 절개 부위를 통해 삽입하여 복강 내부를 직접 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)검사]
양전자를 방출하는 방사성의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법을 진단에 이용하는 검사

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사", "급여 유방바늘생검조직병리검사", "급여 자궁내막생검조직병리검사", "급여 자궁경검사", "급여 복강경검사", "급여 MRI촬영검사", "급여 CT촬영검사" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 의사 면허를 가진자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사 면허를 가진자의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기

준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"을 따릅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 진료행위 외에 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제6조("유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"는 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "수술"
2. "항암방사선치료"
3. "항암약물치료"
4. "중환자실치료"

2 제1항 제4호의 "중환자실치료"는 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

4 제3항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

5 제3항 및 제4항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

6 제3항 내지 제5항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

7 제1항 제2호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를

목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
8 제1항 제3호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
9 제8항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조("유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"라 함은 "급여 재활치료"를 말합니다.
2 이 특별약관에서 "급여 재활치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "유방,갑상선,여성생식기질환" 자체 및 해당질병의 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 7장 이학요법료에서 정한 진료행위(이하 "급여 재활치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.
3 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 재활치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 재활치료 인정기준"을 따릅니다.
4 제2항 및 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 재활치료" 외에 "급여 재활치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제8조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유방질환", "특정갑상선질환", "특정여성생식기질환" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환"의 진단 및 치료를 위한 필요요건을 토대로 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)"를 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)" 또는 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"를 제외한 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"를 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함)) 또는 유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"를 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)" 또는 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"으로 진단확정되고 그 질병으로 입원 중에 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 급여 재활치료"라 합니다) 또는 통원하여 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "외래 급여 재활치료"라 합니다) 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
5 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함)) 또는 유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"으로 진단확정되고 그 질병으로 입원 중에 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 급여 재활치료"라 합니다) 또는 통원하여 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "외래 급여 재활치료"라 합니다) 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	대상질병	통합치료항목	지급금액			지급한도
			계약일로부터 경과기간			
			180일 미만	180일 이상 2년 미만	2년 이상	
검사	특정갑상선질환	급여 갑상선바늘생검 조직병리검사	2만원	10만원	20만원	연간1회한

구분	대상질병	통합치료항목	지급금액			지급한도
			계약일로부터 경과기간			
			180일 미만	180일 이상 2년 미만	2년 이상	
	특정유방질환	급여 유방바늘생검조직병리검사	2만원	10만원	20만원	연간1회한
	특정여성생식기질환	급여 자궁내막생검조직병리검사	1만원	5만원	10만원	연간1회한
	특정여성생식기질환	급여 자궁경검사	2만원	10만원	20만원	연간1회한
	특정여성생식기질환	급여 복강경검사	2만원	10만원	20만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환	급여 MRI촬영검사	5천원	2만 5천원	5만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환	급여 CT촬영검사	1만원	5만원	10만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환	급여 양전자방출단층촬영(PET)검사	5천원	2만 5천원	5만원	연간1회한
주요치료	갑상선,여성생식기질환 (일반질환A)	상급종합병원에서 수술	40만원	200만원	400만원	수술1회당
	갑상선,여성생식기질환 (일반질환A)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	20만원	100만원	200만원	수술1회당
	여성생식기질환 (일반질환B)	상급종합병원에서 수술	20만원	100만원	200만원	수술1회당
	여성생식기질환 (일반질환B)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	10만원	50만원	100만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환C)	상급종합병원에서 수술	15만원	75만원	150만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환C)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	5만원	25만원	50만원	수술1회당
	유방,여성생식기질환 (암(전이암포함))	수술	100만원	500만원	1,000만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (유사암)	수술	20만원	100만원	200만원	수술1회당
	유방,여성생식기질환 (암(전이암포함))	항암방사선치료	100만원	500만원	1,000만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환 (유사암)	항암방사선치료	20만원	100만원	200만원	연간1회한

구분	대상질병	통합치료항목	지급금액			지급한도
			계약일로부터 경과기간			
			180일 미만	180일 이상 2년 미만	2년 이상	
	유방,여성생식기 질환 (암(전이암포함))	항암약물치료	100만원	500만원	1,000만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성 생식기질환 (유사암)	항암약물치료	20만원	100만원	200만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성 생식기질환	중환자실치료	50만원	250만원	500만원	연간1회한
재활 치료	유방,갑상선,여성 생식기질환	급여 재활치료	2천원	1만원	2만원	입원/외래 각각 1일 1회, 연간15회한

6 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비의 연간 총 지급금액은 제1항 내지 제5항의 대상질병 및 통합치료항목별 연간 지급된 지급금액의 합산금액을 말하며, 아래의 금액을 한도로 합니다.

연간 총 지급금액 한도		
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상 2년 미만	2년 이상
1억원의 30%	1억원의 50%	1억원

7 제2항의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)” 중 “수술”의 경우 수술을 받은 시점을 기준으로 상급종합병원을 판단합니다.

8 제1항의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)”는 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”, “급여 유방바늘생검조직병리검사”, “급여 자궁내막생검조직병리검사”, “급여 자궁경검사”, “급여 복강경검사”, “급여 MRI촬영검사”, “급여 CT촬영검사” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 각 대상질병 및 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

9 제2항 및 제3항의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)” 중 항암방사선치료, 항암약물치료 및 중환자실치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 각 대상질병 및 통합치료항목별 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

10 제4항 및 제5항의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)”는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “입원 급여 재활치료” 또는 “외래 급여 재활치료”를 합산하여 연간 15회를 초과하여 지급하지 않습니다.

11 제4항 및 제5항의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)”는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “입원 급여 재활치료” 또는 “외래 급여 재활치료”별 각각 1일 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

12 제6항 및 제8항 내지 제10항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아래의 일자로 합니다.

1. “유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)” 를 받은 날
2. “유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)”를 받은날(단, 제6조(“유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)”의 정의) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일)
3. “유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)”를 받은 날

13 제2항 및 제3항의 경우 각 대상질병 및 통합치료항목별로 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에

두종류 이상의 수술을 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 하나의 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 각각의 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비를 지급합니다.

⑭ 제13항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))", "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)" 및 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"을 대상질병으로 하는 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"을 대상질병으로 하는 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술기록지, 수술확인서, 진료기록부 등(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-76. 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비(연간5천만원한도) 특별약관

제1조("유방,갑상선,여성생식기질환"등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환"이라 함은 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))", "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)", "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "특정유방질환"이라 함은 "특정유방질환(암(전이암포함))", "특정유방질환(유사암)" 및

"특정유방질환(일반질환)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "특정갑상선질환"이라 함은 "특정갑상선질환(유사암)" 및 "특정갑상선질환(일반질환)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "특정여성생식기질환"이라 함은 "특정여성생식기질환(암(전이암포함))", "특정여성생식기질환(유사암)" 및 "특정여성생식기질환(일반질환)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))"이라 함은 "특정유방질환(암(전이암포함))" 및 "특정여성생식기질환(암(전이암포함))"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "특정유방질환(암(전이암포함))"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80

7 이 특별약관에서 "특정여성생식기질환(암(전이암포함))"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
2. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
3. 난소의 이차성 악성 신생물	C79.6

8 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"이라 함은 "특정유방질환(유사암)", "특정갑상선질환(유사암)" 및 "특정여성생식기질환(유사암)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

9 이 특별약관에서 "특정유방질환(유사암)"이라 함은 특정유방질환(유사암) 분류표(【별표128】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

10 이 특별약관에서 "특정갑상선질환(유사암)"이라 함은 특정갑상선질환(유사암) 분류표(【별표130】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

11 이 특별약관에서 "특정여성생식기질환(유사암)"이라 함은 특정여성생식기질환(유사암) 분류표(【별표132】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

12 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))", "특정유방질환(암(전이암포함))", "특정여성생식기질환(암(전이암포함))", "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)", "특정유방질환(유사암)", "특정갑상선질환(유사암)" 및 "특정여성생식기질환(유사암)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))", "특정유방질환(암(전이암포함))", "특정여성생식기질환(암(전이암포함))", "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)", "특정유방질환(유사암)", "특정갑상선질환(유사암)" 및 "특정여성생식기질환(유사암)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

13 이 특별약관에서 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)"이라 함은 갑상선,여성생식기질환(일반질환A) 분류표(【별표125】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에

따릅니다.

14 이 특별약관에서 “여성생식기질환(일반질환B)”이라 함은 여성생식기질환(일반질환B) 분류표(【별표126】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

15 이 특별약관에서 “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)”이라 함은 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C) 분류표(【별표127】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

16 이 특별약관에서 “특정유방질환(일반질환)”이라 함은 특정유방질환(일반질환) 분류표(【별표129】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

17 이 특별약관에서 “특정갑상선질환(일반질환)”이라 함은 특정갑상선질환(일반질환) 분류표(【별표131】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

18 이 특별약관에서 “특정여성생식기질환(일반질환)”이라 함은 특정여성생식기질환(일반질환) 분류표(【별표133】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

19 “갑상선,여성생식기질환(일반질환A)”,“여성생식기질환(일반질환B)”,“유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)”, “특정유방질환(일반질환)”, “특정갑상선질환(일반질환)” 및 “특정여성생식기질환(일반질환)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “갑상선,여성생식기질환(일반질환A)”,“여성생식기질환(일반질환B)”,“유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)”, “특정유방질환(일반질환)”, “특정갑상선질환(일반질환)” 및 “특정여성생식기질환(일반질환)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(“상급종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(“중환자실”의 정의)

이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(“입원” 및 “통원”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)”는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”
2. “급여 유방바늘생검조직병리검사”
3. “급여 자궁내막생검조직병리검사”
4. “급여 자궁경검사”
5. “급여 복강경검사”
6. “급여 MRI촬영검사”
7. “급여 CT촬영검사”
8. “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”

2 이 특별약관에서 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”, “급여 유방바늘생검조직병리검사”, “급여 자궁내막생검조직병리검사”, “급여 자궁경검사”, “급여 복강경검사”, “급여 MRI촬영검사”, “급여 CT촬영검사” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치

점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 각각 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

구분	진료행위	분류번호	코드
급여 갑상선바늘생검조직병리검사	갑상선생검-침생검	나-859	C8591
급여 유방바늘생검조직병리검사	유방생검[편측]-침생검	나-864	C8641
급여 자궁내막생검조직병리검사	자궁내막조직생검	나-857	-
급여 자궁경검사	자궁경검사	나-771	-
급여 복강경검사	복강경검사	나-769	-
급여 MRI촬영검사	자기공명영상진단	다-246	-
급여 CT촬영검사	전산화단층영상진단	다-245	-
급여 양전자방출단층촬영(PET)검사	양전자방출단층촬영	다-339	-

[갑상선생검-침생검]
갑상선 결절 및 혹에서 얇은 바늘로 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[유방생검[편측]-침생검]
유방에서 얇은 바늘로 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자궁내막조직생검]
자궁 내막의 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자궁경검사]
내시경을 질 및 자궁경부를 통해 자궁 내로 삽입하여 자궁 내부를 직접 관찰해 진단에 이용하는 검사

[복강경검사]
내시경을 배꼽 부위 등에 작은 절개 부위를 통해 삽입하여 복강 내부를 직접 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)검사]
양전자를 방출하는 방사성의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법을 진단에 이용하는 검사

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사", "급여 유방바늘생검조직병리검사", "급여 자궁

내막생검조직병리검사", "급여 자궁경검사", "급여 복강경검사", "급여 MRI촬영검사", "급여 CT촬영검사" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 의사 면허를 가진자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사 면허를 가진자의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"을 따릅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 진료행위 외에 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제6조("유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"는 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "수술"
2. "항암방사선치료"
3. "항암약물치료"
4. "중환자실치료"

2 제1항 제4호의 "중환자실치료"는 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

4 제3항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

5 제3항 및 제4항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

6 제3항 내지 제5항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

7 제1항 제2호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

8 제1항 제3호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

9 제8항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조("유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"라 함은 "급여 재활치료"를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "급여 재활치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "유방,갑상선,여성생식기질환" 자체 및 해당질병의 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 7장 이학요법료에서 정한 진료행위(이하 "급여 재활치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

3 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 재활치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 재활치료 인정기준"을 따릅니다.

4 제2항 및 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 재활치료" 외에 "급여 재활치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제8조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유방질환", "특정갑상선질환", "특정여성생식기질환" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)"를 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)" 또는 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"를 제외한 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"를 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함)) 또는 유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"를 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)" 또는 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"으로 진단확정되고 그 질병으로 입원 중에 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 급여 재활치료"라 합니다) 또는 통원하여 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "외래 급여 재활치료"라 합니다) 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

5 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함)) 또는 유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"으로 진단확정되고 그 질병으로 입원 중에 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 급여 재활치료"라 합니다) 또는 통원하여 "유방,갑상선,여성생식기

질환치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "외래 급여 재활치료"라 합니다) 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	대상질병	통합치료항목	지급금액			지급한도
			계약일로부터 경과기간			
			180일 미만	180일 이상 2년 미만	2년 이상	
검사	특정갑상선질환	급여 갑상선바늘생검 조직병리검사	1만원	5만원	10만원	연간1회한
	특정유방질환	급여 유방바늘생검조 직병리검사	1만원	5만원	10만원	연간1회한
	특정여성생식기질환	급여 자궁내막생검조 직병리검사	5천원	2만 5천원	5만원	연간1회한
	특정여성생식기질환	급여 자궁경검사	1만원	5만원	10만원	연간1회한
	특정여성생식기질환	급여 복강경검사	1만원	5만원	10만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환	급여 MRI촬영검사	5천원	2만 5천원	5만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환	급여 CT촬영검사	5천원	2만 5천원	5만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환	급여 양전자방출단층촬영(PET)검사	5천원	2만 5천원	5만원	연간1회한
주요치료	갑상선,여성생식기질환 (일반질환A)	상급종합병원에서 수술	20만원	100만원	200만원	수술1회당
	갑상선,여성생식기질환 (일반질환A)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	10만원	50만원	100만원	수술1회당
	여성생식기질환 (일반질환B)	상급종합병원에서 수술	10만원	50만원	100만원	수술1회당
	여성생식기질환 (일반질환B)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	5만원	25만원	50만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환C)	상급종합병원에서 수술	7만 5천원	37만 5천원	75만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환C)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	2만 5천원	12만 5천원	25만원	수술1회당
	유방,여성생식기	수술	50만원	250만원	500만원	수술1회당

구분	대상질병	통합치료항목	지급금액			지급한도
			계약일로부터 경과기간			
			180일 미만	180일 이상 2년 미만	2년 이상	
	질환 (암(전이암포함))					
	유방,갑상선,여성생식기질환 (유사암)	수술	10만원	50만원	100만원	수술1회당
	유방,여성생식기질환 (암(전이암포함))	항암방사선치료	50만원	250만원	500만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환 (유사암)	항암방사선치료	10만원	50만원	100만원	연간1회한
	유방,여성생식기질환 (암(전이암포함))	항암약물치료	50만원	250만원	500만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환 (유사암)	항암약물치료	10만원	50만원	100만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환	중환자실치료	25만원	125만원	250만원	연간1회한
재활치료	유방,갑상선,여성생식기질환	급여 재활치료	2천원	1만원	2만원	입원/외래 각각 1일 1회, 연간15회한

6 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비의 연간 총 지급금액은 제1항 내지 제5항의 대상질병 및 통합치료항목별 연간 지급된 지급금액의 합산금액을 말하며, 아래의 금액을 한도로 합니다.

연간 총 지급금액 한도		
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상 2년 미만	2년 이상
5천만원의 30%	5천만원의 50%	5천만원

7 제2항의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)” 중 “수술”의 경우 수술을 받은 시점을 기준으로 상급종합병원을 판단합니다.

8 제1항의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)”는 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”, “급여 유방바늘생검조직병리검사”, “급여 자궁내막생검조직병리검사”, “급여 자궁경검사”, “급여 복강경검사”, “급여 MRI촬영검사”, “급여 CT촬영검사” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 각 대상질병 및 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

9 제2항 및 제3항의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)” 중 항암방사선치료, 항암약물치료 및 중환자실치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 각 대상질병 및 통합치료항목별 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

10 제4항 및 제5항의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)”는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “입원 급여 재활치료” 또는 “외래 급여 재활치료”를 합산하여 연간 15회를 초과하여 지급하지 않습니다.

11 제4항 및 제5항의 “유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)”는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “입원 급여 재활치료” 또는 “외래 급여 재활치료”별 각각 1일 1회에 한하여

보험금을 지급합니다.

⑫ 제6항 및 제8항 내지 제10항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아래의 일자로 합니다.

1. "유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(검사)" 를 받은 날
2. "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"를 받은날(단, 제6조("유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"의 정의) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일)
3. "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(재활치료)"를 받은 날

⑬ 제2항 및 제3항의 경우 각 대상질병 및 통합치료항목별로 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 하나의 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 각각의 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비를 지급합니다.

⑭ 제13항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))", "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)" 및 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"을 대상질병으로 하는 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "유방,여성생식기질환(암(전이암포함))" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(유사암)"을 대상질병으로 하는 "유방,갑상선,여성생식기질환치료(주요치료)"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술기록지, 수술확인서, 진료기록부 등(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-77. 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)통합치료비(연간2천만원한도) 특별약관

제1조("유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)"등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)"이라 함은 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 이 특별약관에서 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)"이라 함은 갑상선,여성생식기질환(일반질환A) 분류표(【별표125】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "여성생식기질환(일반질환B)"이라 함은 여성생식기질환(일반질환B) 분류표(【별표126】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"이라 함은 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C) 분류표(【별표127】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "특정유방질환(일반질환)"이라 함은 특정유방질환(일반질환) 분류표(【별표129】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "특정갑상선질환(일반질환)"이라 함은 특정갑상선질환(일반질환) 분류표(【별표131】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 이 특별약관에서 "특정여성생식기질환(일반질환)"이라 함은 특정여성생식기질환(일반질환) 분류표(【별표133】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

8 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)", "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)", "특정유방질환(일반질환)", "특정갑상선질환(일반질환)" 및 "특정여성생식기질환(일반질환)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)", "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)", "특정유방질환(일반질환)", "특정갑상선질환(일반질환)" 및 "특정여성생식기질환(일반질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)"는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "급여 갑상선바늘생검조직병리검사"
2. "급여 유방바늘생검조직병리검사"
3. "급여 자궁내막생검조직병리검사"
4. "급여 자궁경검사"
5. "급여 복강경검사"
6. "급여 MRI촬영검사"
7. "급여 CT촬영검사"
8. "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"

2 이 특별약관에서 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사", "급여 유방바늘생검조직병리검사", "급여 자궁내막생검조직병리검사", "급여 자궁경검사", "급여 복강경검사", "급여 MRI촬영검사", "급여 CT촬영검사" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 각각 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

구분	진료행위	분류번호	코드
급여 갑상선바늘생검조직병리검사	갑상선생검-침생검	나-859	C8591
급여 유방바늘생검조직병리검사	유방생검[편측]-침생검	나-864	C8641
급여 자궁내막생검조직병리검사	자궁내막조직생검	나-857	-
급여 자궁경검사	자궁경검사	나-771	-
급여 복강경검사	복강경검사	나-769	-
급여 MRI촬영검사	자기공명영상진단	다-246	-
급여 CT촬영검사	전산화단층영상진단	다-245	-
급여 양전자방출단층촬영(PET)검사	양전자방출단층촬영	다-339	-

[갑상선생검-침생검]
갑상선 결절 및 혹에서 얇은 바늘로 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[유방생검[편측]-침생검]
유방에서 얇은 바늘로 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자궁내막조직생검]
자궁 내막의 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자궁경검사]
내시경을 질 및 자궁경부를 통해 자궁 내로 삽입하여 자궁 내부를 직접 관찰해 진단에 이용하는 검사

[복강경검사]
내시경을 배꼽 부위 등에 작은 절개 부위를 통해 삽입하여 복강 내부를 직접 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자기공명영상진단(MRI)]

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)검사]
양전자를 방출하는 방사성의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법을 진단에 이용하는 검사

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사", "급여 유방바늘생검조직병리검사", "급여 자궁내막생검조직병리검사", "급여 자궁경검사", "급여 복강경검사", "급여 MRI촬영검사", "급여 CT촬영검사" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 의사 면허를 가진자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사 면허를 가진자의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"을 따릅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 진료행위 외에 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제6조("유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)"는 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "수술"
2. "중환자실치료"

2 제1항 제2호의 "중환자실치료"는 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

4 제3항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

5 제3항 및 제4항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

6 제3항 내지 제5항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조("유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"라 함은 "급여 재활치료"를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "급여 재활치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)" 자체 및 해당질병의 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 7 장 이학요법료에서 정한 진료행위(이하 "급여 재활치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

3 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 재활치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 재활치료 인정기준"을 따릅니다.

4 제2항 및 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 재활치료" 외에 "급여 재활치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제8조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유방질환(일반질환)", "특정갑상선질환(일반질환)", "특정여성생식기질환(일반질환)" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)"를 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)" 또는 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)"를 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)"으로 진단확정되고 그 질병으로 입원 중에 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 급여 재활치료"라 합니다) 또는 통원하여 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "외래 급여 재활치료"라 합니다) 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금

구분	대상질병	통합치료항목	지급금액		지급한도
			계약일로부터 경과기간		
			1년 미만	1년 이상	
검사	특정 갑상선질환(일반질환)	급여 갑상선바늘생검 조직병리검사	10만원	20만원	연간1회한

구분	대상질병	통합치료항목	지급금액		지급한도
			계약일로부터 경과기간		
			1년 미만	1년 이상	
	특정 유방질환(일반질환)	급여 유방바늘생검조직병리검사	10만원	20만원	연간1회한
	특정 여성생식기질환(일반질환)	급여 자궁내막생검조직병리검사	5만원	10만원	연간1회한
	특정 여성생식기질환(일반질환)	급여 자궁경검사	10만원	20만원	연간1회한
	특정 여성생식기질환(일반질환)	급여 복강경검사	10만원	20만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환)	급여 MRI촬영검사	2만 5천원	5만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환)	급여 CT촬영검사	5만원	10만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환)	급여 양전자방출단층촬영(PET)검사	2만 5천원	5만원	연간1회한
주요치료	갑상선,여성생식기질환 (일반질환A)	상급종합병원에서 수술	200만원	400만원	수술1회당
	갑상선,여성생식기질환 (일반질환A)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	100만원	200만원	수술1회당
	여성생식기질환 (일반질환B)	상급종합병원에서 수술	100만원	200만원	수술1회당
	여성생식기질환 (일반질환B)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	50만원	100만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환C)	상급종합병원에서 수술	75만원	150만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환C)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	25만원	50만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환)	중환자실치료	100만원	200만원	연간1회한
재활치료	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환)	급여 재활치료	1만원	2만원	입원/외래 각각 1일 1회, 연간15회한

액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

4 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비의 연간 총 지급금액은 제1항 내지 제3항의 대상질병 및 통합치료항목별 연간 지급된 지급금액의 합산금액을 말하며, 아래의 금액을 한도로 합니다.

연간 총 지급금액 한도	
계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
2천만원의 50%	2천만원

5 제2항의 “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)” 중 “수술”의 경우 수술을 받은 시점을 기준으로 상급종합병원을 판단합니다.

6 제1항의 “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)”는 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”, “급여 유방바늘생검조직병리검사”, “급여 자궁내막생검조직병리검사”, “급여 자궁경검사”, “급여 복강경검사”, “급여 MRI촬영검사”, “급여 CT촬영검사” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 각 대상질병 및 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

7 제3항의 “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)”는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “입원 급여 재활치료” 또는 “외래 급여 재활치료”를 합산하여 연간 15회를 초과하여 지급하지 않습니다.

8 제3항의 “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)”는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “입원 급여 재활치료” 또는 “외래 급여 재활치료”별 각각 1일 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

9 제4항 및 제6항 내지 제7항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아래의 일자로 합니다.

1. “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)” 를 받은 날
2. “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)”를 받은날(단, 제6조(“유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)”의 정의) 제1항 제2호의 경우 중환자실 입원시작일)
3. “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 “유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)”를 받은 날

10 제2항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비를 지급합니다.

11 제10항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제9조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술기록지, 수술확인서, 진료기록부 등
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험

금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-78. 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)통합치료비(연간1천만원한도) 특별약관

제1조("유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)"등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)"이라 함은 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 이 특별약관에서 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)"이라 함은 갑상선,여성생식기질환(일반질환A) 분류표(【별표125】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "여성생식기질환(일반질환B)"이라 함은 여성생식기질환(일반질환B) 분류표(【별표126】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"이라 함은 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C) 분류표(【별표127】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "특정유방질환(일반질환)"이라 함은 특정유방질환(일반질환) 분류표(【별표129】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "특정갑상선질환(일반질환)"이라 함은 특정갑상선질환(일반질환) 분류표(【별표131】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 이 특별약관에서 "특정여성생식기질환(일반질환)"이라 함은 특정여성생식기질환(일반질환) 분류표(【별표133】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

8 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)", "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)", "특정유방질환(일반질환)", "특정갑상선질환(일반질환)" 및 "특정여성생식기질환(일반질환)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)", "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)", "특정유방질환(일반질환)", "특정갑상선질환(일반질환)" 및 "특정여성생식기질환(일반질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)"는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "급여 갑상선바늘생검조직병리검사"
2. "급여 유방바늘생검조직병리검사"
3. "급여 자궁내막생검조직병리검사"
4. "급여 자궁경검사"
5. "급여 복강경검사"
6. "급여 MRI촬영검사"
7. "급여 CT촬영검사"
8. "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"

2 이 특별약관에서 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사", "급여 유방바늘생검조직병리검사", "급여 자궁내막생검조직병리검사", "급여 자궁경검사", "급여 복강경검사", "급여 MRI촬영검사", "급여 CT촬영검사" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 각각 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

구분	진료행위	분류번호	코드
급여 갑상선바늘생검조직병리검사	갑상선생검-침생검	나-859	C8591
급여 유방바늘생검조직병리검사	유방생검[편측]-침생검	나-864	C8641
급여 자궁내막생검조직병리검사	자궁내막조직생검	나-857	-
급여 자궁경검사	자궁경검사	나-771	-
급여 복강경검사	복강경검사	나-769	-
급여 MRI촬영검사	자기공명영상진단	다-246	-
급여 CT촬영검사	전산화단층영상진단	다-245	-
급여 양전자방출단층촬영(PET)검사	양전자방출단층촬영	다-339	-

[갑상선생검-침생검]
갑상선 결절 및 혹에서 얇은 바늘로 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[유방생검[편측]-침생검]
유방에서 얇은 바늘로 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자궁내막조직생검]
자궁 내막의 조직 샘플을 채취하여 현미경으로 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자궁경검사]
내시경을 질 및 자궁경부를 통해 자궁 내로 삽입하여 자궁 내부를 직접 관찰해 진단에 이용하는 검사

[복강경검사]
내시경을 배꼽 부위 등에 작은 절개 부위를 통해 삽입하여 복강 내부를 직접 관찰해 진단에 이용하는 검사

[자기공명영상진단(MRI)]

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)검사]
양전자를 방출하는 방사성의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법을 진단에 이용하는 검사

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사", "급여 유방바늘생검조직병리검사", "급여 자궁내막생검조직병리검사", "급여 자궁경검사", "급여 복강경검사", "급여 MRI촬영검사", "급여 CT촬영검사" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 의사 면허를 가진자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사 면허를 가진자의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"을 따릅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 진료행위 외에 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁내막생검조직병리검사 인정기준", "급여 자궁경검사 인정기준", "급여 복강경검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제6조("유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)"는 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "수술"
2. "중환자실치료"

2 제1항 제2호의 "중환자실치료"는 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

4 제3항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

5 제3항 및 제4항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

6 제3항 내지 제5항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조("유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"라 함은 "급여 재활치료"를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "급여 재활치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)" 자체 및 해당질병의 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 7장 이학요법료에서 정한 진료행위(이하 "급여 재활치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

3 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 재활치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 재활치료 인정기준"을 따릅니다.

4 제2항 및 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 재활치료" 외에 "급여 재활치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제8조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유방질환(일반질환)", "특정갑상선질환(일반질환)", "특정여성생식기질환(일반질환)" 및 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)"를 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선,여성생식기질환(일반질환A)", "여성생식기질환(일반질환B)" 또는 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)"를 받은 경우에는 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)"으로 진단확정되고 그 질병으로 입원 중에 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 급여 재활치료"라 합니다) 또는 통원하여 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "외래 급여 재활치료"라 합니다) 각 대상질병 및 통합치료항목별로 아래의 지급금액을 지급한도에 한하여 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	대상질병	통합치료항목	지급금액		지급한도
			계약일로부터 경과기간		
			1년 미만	1년 이상	
검사	특정 갑상선질환(일반질환)	급여 갑상선바늘생검 조직병리검사	5만원	10만원	연간1회한
	특정 유방질환(일반질환)	급여 유방바늘생검조직병리검사	5만원	10만원	연간1회한
	특정 여성생식기질환(일반질환)	급여 자궁내막생검조직병리검사	2만 5천원	5만원	연간1회한
	특정 여성생식기질환(일반질환)	급여 자궁경검사	5만원	10만원	연간1회한
	특정 여성생식기질환(일반질환)	급여 복강경검사	5만원	10만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환)	급여 MRI촬영검사	2만 5천원	5만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환)	급여 CT촬영검사	2만 5천원	5만원	연간1회한
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환)	급여 양전자방출단층촬영(PET)검사	2만 5천원	5만원	연간1회한
주요치료	갑상선,여성생식기질환 (일반질환A)	상급종합병원에서 수술	100만원	200만원	수술1회당
	갑상선,여성생식기질환 (일반질환A)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	50만원	100만원	수술1회당
	여성생식기질환 (일반질환B)	상급종합병원에서 수술	50만원	100만원	수술1회당
	여성생식기질환 (일반질환B)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	25만원	50만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환C)	상급종합병원에서 수술	37만 5천원	75만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환C)	상급종합병원이 아닌 의료기관에서 수술	12만 5천원	25만원	수술1회당
	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환)	중환자실치료	50만원	100만원	연간1회한
재활치료	유방,갑상선,여성생식기질환 (일반질환)	급여 재활치료	1만원	2만원	입원/외래 각각 1일 1회, 연간15회한

4 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비의 연간 총 지급금액은 제1항 내지 제3항의 대상질병 및 통합치료항목별 연간 지급된 지급금액의 합산금액을 말하며, 아래의 금액을 한도로 합니다.

연간 총 지급금액 한도	
계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
1천만원의 50%	1천만원

5 제2항의 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)" 중 "수술"의 경우 수술을 받은 시점을 기준으로 상급종합병원을 판단합니다.

6 제1항의 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)"는 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사", "급여 유방바늘생검조직병리검사", "급여 자궁내막생검조직병리검사", "급여 자궁경검사", "급여 복강경검사", "급여 MRI촬영검사", "급여 CT촬영검사" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 각 대상질병 및 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

7 제3항의 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 "입원 급여 재활치료" 또는 "외래 급여 재활치료"를 합산하여 연간 15회를 초과하여 지급하지 않습니다.

8 제3항의 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 "입원 급여 재활치료" 또는 "외래 급여 재활치료"별 각각 1일 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

9 제4항 및 제6항 내지 제7항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아래의 일자로 합니다.

1. "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(검사)" 를 받은 날
2. "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)"를 받은날(단, 제6조("유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(주요치료)"의 정의) 제1항 제2호의 경우 중환자실 입원시작일)
3. "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 대상질병의 "유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)치료(재활치료)"를 받은 날

10 제2항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비를 지급합니다.

11 제10항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제9조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술기록지, 수술확인서, 진료기록부 등
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-79. 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환) A진단비(갱신형) 특별약관

제1조("스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A"라 함은 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A 분류표(【별표108】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 및 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5), IRLSSG(International Restless Legs Syndrome Study Group) 또는 ICSD-3(International Classification of Sleep Disorders, 3rd edition) 등의 진단기준을 근거로 신경과 및 정신과적 진단도구를 이용하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A" 중 수면장애의 진단은 수면다원검사(PSG), 다중수면잠복기검사(MSLT) 등 수면 중 뇌파, 안구운동, 호흡, 심전도 등을 종합적으로 측정하는 검사에 대한 소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 스트레스관련특정정신질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 스트레스관련특정정신질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 스트레스관련특정정신질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 스트레스관련특정정신질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-80. 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B 진단비(갱신형) 특별약관

제1조("스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B"라 함은 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B 분류표(【별표109】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 및 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5), IRLSSG(International Restless Legs Syndrome Study Group) 또는 ICSD-3(International Classification of Sleep Disorders, 3rd edition) 등의 진단기준을 근거로 신경과 및 정신과적 진단도구를 이용하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B" 중 수면장애의 진단은 수면다원검사(PSG), 다중수면잠복기검사(MSLT) 등 수면 중 뇌파, 안구운동, 호흡, 심전도 등을 종합적으로 측정하는 검사에 대한 소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 스트레스관련특정정신질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 스트레스관련특정정신질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 스트레스관련특정정신질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연

명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 스트레스관련특정정신질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-81. 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청) A진단비(갱신형) 특별약관

제1조(“스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A”라 함은 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A 분류표(【별표110】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 스트레스관련특정질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 스트레스관련특정질병진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의

계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 스트레스관련특정질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 스트레스관련특정질병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-82. 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청) B진단비(갱신형) 특별약관

제1조(“스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B”라 함은 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B 분류표(【별표111】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 스트레스관련특정질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 스트레스관련특정질병진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 스트레스관련특정질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 스트레스관련특정질병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-83. 스트레스관련특정정신질환진단비, 스트레스관련특정정신질환진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“스트레스관련특정정신질환”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “스트레스관련특정정신질환”이라 함은 스트레스관련특정정신질환 분류표(【별표114】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 “스트레스관련특정정신질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 및 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5), IRLSSG(International Restless Legs Syndrome Study Group) 또는 ICSD-3(International Classification of Sleep Disorders, 3rd edition) 등의 진단기준을 근거로 신경과 및 정신과적 진단도구를 이용하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “스트레스관련특정정신질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “스트레스관련특정정신질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 스트레스관련특정정신질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 스트레스관련특정정신질환진단비 특별약관

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 스트레스관련특정정신질환진단비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "스트레스관련특정정신질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 스트레스관련특정정신질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 스트레스관련특정정신질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 스트레스관련특정정신질환진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 스트레스관련특정정신질환진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-84. 스트레스관련특정정신질환진단비(90일이상처방,1회한) 특별약관

제1조("스트레스관련특정정신질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "스트레스관련특정정신질환"이라 함은 스트레스관련특정정신질환 분류표(【별표114】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "스트레스관련특정정신질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 및 신경과 전문의 자

격증을 가진 자에 의하여 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5), IRLSSG(International Restless Legs Syndrome Study Group) 또는 ICSD-3(International Classification of Sleep Disorders, 3rd edition) 등의 진단기준을 근거로 신경과 및 정신과적 진단 도구를 이용하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "스트레스관련특정정신질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("정신질환치료제"의 정의)

1 이 특별약관에서 "정신질환치료제"라 함은 정신건강의학과 및 신경과 전문의 자격증을 가진 자가 정신질환의 직접적인 치료 목적으로 처방한 약제로 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류에 있어 정신질환치료제 분류표(【별표164】 참조)에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 목록에 해당하며 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 의약품 분류번호 "100 (신경계 감각기관용 의약품)"에 해당하는 약물을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 및 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」이 개정되는 경우에는 "정신질환치료제"를 처방받은 당시 시행되고 있는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 및 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」을 따릅니다.

3 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 및 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 개정으로 대상 약제 제외 또는 분류가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 제외 또는 변경 직전의 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 및 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 준하여 "정신질환치료제"를 결정합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "스트레스관련특정정신질환"으로 진단확정되고 진단확정일로부터 그 직접적인 치료를 목적으로 1년 이내에 "정신질환치료제"를 90일이상 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 스트레스관련특정정신질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "90일이상 처방받은 경우"라 함은 "정신질환치료제"의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 "정신질환치료제"를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 전문의에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

3 제2항의 처방일수 합산 시 기준일자는 "정신질환치료제"를 처방받은 날로 합니다.

4 제1항에도 불구하고, 정신질환치료제의 90일이상 처방이 우선적인 치료로 고려되지 않는 아래의 경우에 한해서는 해당 내용을 확인할 수 있는 진단서 또는 의사소견서, 진료기록 등을 제출 시, "스트레스관련특정정신질환"으로 진단확정된 경우 제1항에 따라 보장합니다.

1. 소아, 청소년 및 임산부
2. 다른 질환으로 약물을 복용하고 있어 약물간 상호작용을 고려해야하는 경우
3. 비약물 치료가 우선적 치료로 판단되는 경우
4. 약물치료 이득 대비 위험이 높은 경우(약물 부작용 등)

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 스트레스관련특정정신질환진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-85. 특정전염병발생금 특별약관

제1조("특정전염병"의 정의)

이 특별약관에서 "특정전염병"이라 함은 특정전염병 분류표(【별표43】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정전염병"에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-86. 질병수술비 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합

니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-87. 질병수술비(특정2대경증질병제외) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정2대경증질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정2대경증질병"이란 특정2대경증질병 분류표(【별표85】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살" 및 "특정 눈 및 귀 질환"을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정2대경증질병 분류표(【별표85】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살" 및 "특정 눈 및 귀 질환"

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-88. 질병수술비(특정4대질병Ⅱ제외) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애

는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정4대질병Ⅱ는 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 “특정4대질병Ⅱ”란 특정4대질병Ⅱ 분류표(【별표86】 참조)에서 정한 “티눈 및 굳은살”, “특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)”, “백내장” 및 “대장용종”을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정4대질병Ⅱ 분류표(【별표86】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살", "특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)", "백내장" 및 "대장용종"

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-89. 질병수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합

니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-90. 질병수술비(특정2대경증질병제외,수술1회당) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정2대경증질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "특정2대경증질병"이란 특정2대경증질병 분류표(【별표85】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살" 및 "특정 눈 및 귀 질환"을 말합니다.

③ 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급합니다.

④ 제3항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정2대경증질병 분류표(【별표85】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살" 및 "특정 눈 및 귀 질환"

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도

인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-91. 질병수술비(특정5대질병제외) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정5대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정5대질병"이란 특정5대질병 분류표(【별표44】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환 및 대장용종을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정5대질병 분류표(【별표44】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환 및 대장용종

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도

인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-92. 질병수술비(특정9대질병제외) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정9대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정9대질병"이란 특정9대질병 분류표(【별표45】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정9대질병 분류표(【별표45】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종

③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-93. 질병수술비(특정10대질병제외) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정10대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 "특정10대질병"이란 특정10대질병 분류표(【별표88】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기 질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양, 대장용종 및 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함) 을 말합니다.
3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상

받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정10대질병 분류표(【별표88】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양, 대장용종 및 특정 눈 및 귀질환(결막의 기타 장애 포함)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항[별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-94. 질병종합병원수술비 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항[별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는

치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-95. 질병종합병원수술비(특정9대질병제외) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단,

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정9대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정9대질병"이란 특정9대질병 분류표(【별표45】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정9대질병 분류표(【별표45】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항[별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검

수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-96. 질병상급종합병원수술비 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병상급종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등

피부질환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-97. 질병상급종합병원수술비(특정9대질병제외) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
   1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
   2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
   3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
   4. 미용 또는 성형 목적의 수술
   5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정9대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 "특정9대질병"이란 특정9대질병 분류표(【별표45】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종을 말합니다.
3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병상급종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정9대질병 분류표(【별표45】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항[별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-98. 질병상급종합병원수술비(특정10대질병제외) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】

참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정10대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정10대질병"이란 특정10대질병 분류표(【별표88】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기 질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양, 대장용종 및 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타장애 포함)을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병상급종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합

니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정10대질병 분류표(【별표88】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양, 대장용종 및 특정 눈 및 귀질환(결막의 기타 장애 포함)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 질병상급종합병원수술비(특정10대질병제외)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-99. 질병종합병원수술비(수술1회당) 특별약관

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애

는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(“종합병원”의 정의)
이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합병원 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병종합병원수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병종합병원수술비를 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-100. 질병상급종합병원수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병상급종합병원수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병상급종합병원수술비를 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-101. 질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(1종)
- 질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(2종)
- 질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(3종)
- 질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(4종)
- 질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(5종)

제1조("수술"의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종

수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래의 금액을 질병1-5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(1종)의 보험가입금액
2종	질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(2종)의 보험가입금액
3종	질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(3종)의 보험가입금액
4종	질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(4종)의 보험가입금액
5종	질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)(5종)의 보험가입금액

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 질병1-5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)의 수술종류 중 48항 "요실금수술(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위가 발생한 경우 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

2 제1항의 보험금은 수술의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "요실금수술(급여)"을 받은 날로 합니다.

4 제1항의 "요실금수술(급여)"은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

5 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)의 수술종류 중 3-1항 "유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술"은 동시에 두 종류 이상의 질병으로 진단확정된 경우에도 "유방의비대(N62)로 인한 유방절단수술" 기준으로 보험금을 지급합니다.

6 제5항에도 불구하고, 악성신생물 치료 목적의 수술을 시행한 경우에는 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조) "Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술"을 준용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~O99).
   (단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)

4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
(단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위는 보상합니다.)
7. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-102. 여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)(1종)
- 여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)(2종)
- 여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)(3종)
- 여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)(4종)
- 여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)(5종)

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(여성생애1-5종수술 분류표(【별표11】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항 내지 제5항에도 불구하고 여성생애1-5종수술 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 여성생애1-5종수술 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래의 금액을 여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)로 보험수익자에게 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)(1종)의 보험가입금액
2종	여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)(2종)의 보험가입금액
3종	여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)(3종)의 보험가입금액
4종	여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)(4종)의 보험가입금액
5종	여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)(5종)의 보험가입금액

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당)를 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미

지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 여성생애1-5종수술 분류표(【별표11】 참조)의 수술종류 중 48항 "요실금수술(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위가 발생한 경우 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

2 제1항의 보험금은 수술의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "요실금수술(급여)"을 받은 날로 합니다.

4 제1항의 "요실금수술(급여)"은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~O99).
   (단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
   (단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위는 보상합니다.)
7. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-103. 여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)(1종)
- 여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)(2종)
- 여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)(3종)
- 여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)(4종)
- 여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)(5종)

제1조("수술"의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합

니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(여성생애주요1-5종수술 분류표(【별표12】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항 내지 제5항에도 불구하고 여성생애주요1-5종수술 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 여성생애주요1-5종수술 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래의 금액을 여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)로 보험수익자에게 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)(1종)의 보험가입금액
2종	여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)(2종)의 보험가입금액
3종	여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)(3종)의 보험가입금액
4종	여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)(4종)의 보험가입금액
5종	여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)(5종)의 보험가입금액

2 제1항의 여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)는 같은 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당)를 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기

준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~O99).
   (단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
   (단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위는 보상합니다.)
7. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-104. 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)

제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술 및 시술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(한의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 "수술시술코드"라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "수술 및 시술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의 "수술시술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"분류체계에 따라 부여된 "ADRG(Adjacent DRG)"중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]
건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원여부와 관계없이 적용합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

[주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

4 제3항에도 불구하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 "수술시술코드"가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 "수술시술코드"를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표13】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

[예시]
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

6 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시

제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적방사선 치료, 양성자 치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

진료행위	코드
1. 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
2. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
3. 뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
4. 뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
5. 뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
6. 양성자치료[1회당]-1~2문 치료	HD122
7. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 미만	HD123
8. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 이상	HD124
9. 체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
10. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1-8종 수술 및 시술 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 아래의 금액을 질병1-8종수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

수술시술종류	지급금액
1종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)의 보험가입금액
2종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)의 보험가입금액
3종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)의 보험가입금액
4종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)의 보험가입금액
5종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)의 보험가입금액
6종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)의 보험가입금액
7종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)의 보험가입금액
8종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 수술 및 시술을 받은 날로 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술시술코드에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우에는 제1항의 질병1-8종수술비를 지급하지 않습니다. 이 때 30일이라 함은 질병1-8종수술비가 지급된 수술시술코드에 대하여 그 수술 및 시술이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술시술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 질병1-8종수술비를 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 그 수술시술코드 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술시술코드에 한하여 질병1-8종수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표13】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

[예시]

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

3 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병1-8종수술비를 지급합니다.

5 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

[예시]

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 질병으로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "주요 폐 수술(악성종양의 경우)(E012)"에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

·진단명 : 기관의 악성 신생물(C33)

·의료행위 : 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용(HD111)

6 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 질병1-8종수술비와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 질병1-8종수술비를 각각 지급합니다.

7 "복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)", "개복에 의한 단순 자궁수술(악성종양 제외)(N032)", "분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

8 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

3 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표13】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

4 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-105. 124대질병수술비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 7개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 124대질병(특정10대질병)수술비
- 124대질병(특정13대질병A)수술비
- 124대질병(특정13대질병B)수술비
- 124대질병(30대경증질병)수술비
- 124대질병(50대경증질병)수술비
- 124대질병(7대생활질병)수술비
- 124대질병(치핵)수술비

제1조("124대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "124대질병"이라 함은 124대질병 분류표(【별표46】 참조)에서 정한 질병으로 특정10대질병, 특정13대질병A, 특정13대질병B, 30대경증질병, 50대경증질병, 7대생활질병 및 치핵을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 아래에 해당하는 질병코드를 동시에 진단받은 경우에는 "50대경증질병"이 아닌 "결핵"으로 간주하여 "특정13대질병A"으로 적용합니다.
1. "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)"

2. “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)”
3. “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)”

3 “124대질병”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “124대질병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

4 “124대질병” 중 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

5 “124대질병”의 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 보장대상이 되는 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “124대질병”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 124대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액
특정10대질병	특정10대질병수술비[주1]의 보험가입금액
특정13대질병A	특정13대질병수술비A[주2]의 보험가입금액
특정13대질병B	특정13대질병수술비B[주3]의 보험가입금액
30대경증질병	30대경증질병수술비[주4]의 보험가입금액
50대경증질병	50대경증질병수술비[주5]의 보험가입금액
7대생활질병	7대생활질병수술비[주6]의 보험가입금액
치핵	치핵수술비[주7]의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
특정10대질병	특정10대질병수술비[주1] 보험가입금액의 50%	특정10대질병수술비[주1]의 보험가입금액
특정13대질병A	특정13대질병수술비A[주2] 보험가입금액의 50%	특정13대질병수술비A[주2]의 보험가입금액
특정13대질병B	특정13대질병수술비B[주3] 보험가입금액의 50%	특정13대질병수술비B[주3]의 보험가입금액
30대경증질병	30대경증질병수술비[주4] 보험가입금액의 50%	30대경증질병수술비[주4]의 보험가입금액
50대경증질병	50대경증질병수술비[주5] 보험가입금액의 50%	50대경증질병수술비[주5]의 보험가입금액
7대생활질병	7대생활질병수술비[주6] 보험가입금액의 50%	7대생활질병수술비[주6]의 보험가입금액
치핵	치핵수술비[주7] 보험가입금액의 50%	치핵수술비[주7]의 보험가입금액

주1) 124대질병(특정10대질병)수술비
주2) 124대질병(특정13대질병A)수술비
주3) 124대질병(특정13대질병B)수술비
주4) 124대질병(30대경증질병)수술비
주5) 124대질병(50대경증질병)수술비
주6) 124대질병(7대생활질병)수술비
주7) 124대질병(치핵)수술비

2 제1항에도 불구하고 "124대질병" 중 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 받은 1회 수술의 직접적인 원인이 된 질병이 특정10대질병, 특정13대질병A, 특정13대질병B, 30대경증질병, 50대경증질병, 7대생활질병 및 치핵 중 2가지 이상에 해당되는 경우에는 1회에 한하여 가장 높은 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-106. 7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 7개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(신부전)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(폐질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(담낭,담도및췌장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)

제1조("7대기관질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "7대기관질병"이라 함은 7대기관질병 분류표(【별표47】 참조)에서 정한 질병으로 간관련질병, 심장관련질병, 신부전, 특정장질환, 뇌혈관질환, 폐질환, 담낭,담도및췌장질환을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "7대기관질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "7대기관질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "7대기관질병" 중 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

4 "7대기관질병"의 심장관련질병 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 "관혈수술"이라 함은 제6항의 "비관혈 수술" 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부를 절개하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, "대뇌내시경", "복강경하수술", "흉강경하수술"은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

6 "비관혈 수술"이라 함은 "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"을 말합니다.

1. "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용하여 영상으로 보면서 시행하는 직접적인 치료 목적의 수술행위를 말합니다. 단, "대뇌내시경", "복강경하수술", "흉강경하수술"은 제외합니다.
2. "카테터수술"이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접적인 치료 목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.
3. "신의료수술"이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 직접적인 치료를 목적으로 하는 "치료적 방사선 조사"를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "7대기관질병"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 각 "질병구분" 당 "관혈수술", "비관혈 수술"에 대해 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 7대기관질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

질병구분	수술의 종류	지급금액	지급 한도
간관련 질병	“관혈수술”시	간관련질병수술비[주1)]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	간관련질병수술비[주1)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
심장관련 질병	“관혈수술”시	심장관련질병수술비[주2)]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	심장관련질병수술비[주2)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
신부전	“관혈수술”시	신부전수술비[주3)]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	신부전수술비[주3)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
특정 장질환	“관혈수술”시	특정장질환수술비[주4)]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	특정장질환수술비[주4)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
뇌혈관 질환	“관혈수술”시	뇌혈관질환수술비[주5)]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	뇌혈관질환수술비[주5)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
폐질환	“관혈수술”시	폐질환수술비[주6)]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	폐질환수술비[주6)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
담낭,담도 및 췌장질환	“관혈수술”시	담낭,담도및췌장질환수술비[주7)]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	담낭,담도및췌장질환수술비[주7)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

질병구분	수술의 종류	지급금액		지급 한도
		계약일로부터 경과기간		
		1년 미만	1년 이상	
간관련 질병	“관혈수술”시	간관련질병수술비[주1] 보험가입금액의 50%	간관련질병수술비[주1]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	간관련질병수술비[주1] 보험가입금액의 25%	간관련질병수술비[주1] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
심장관련 질병	“관혈수술”시	심장관련질병수술비[주2] 보험가입금액의 50%	심장관련질병수술비[주2]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	심장관련질병수술비[주2] 보험가입금액의 25%	심장관련질병수술비[주2] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
신부전	“관혈수술”시	신부전수술비[주3] 보험가입금액의 50%	신부전수술비[주3]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	신부전수술비[주3] 보험가입금액의 25%	신부전수술비[주3] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
특정 장질환	“관혈수술”시	특정장질환수술비[주4] 보험가입금액의 50%	특정장질환수술비[주4]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	특정장질환수술비[주4] 보험가입금액의 25%	특정장질환수술비[주4] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
뇌혈관 질환	“관혈수술”시	뇌혈관질환수술비[주5] 보험가입금액의 50%	뇌혈관질환수술비[주5]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	뇌혈관질환수술비[주5] 보험가입금액의 25%	뇌혈관질환수술비[주5] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
폐질환	“관혈수술”시	폐질환수술비[주6] 보험가입금액의 50%	폐질환수술비[주6]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	폐질환수술비[주6] 보험가입금액의 25%	폐질환수술비[주6] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
담낭,담도 및 췌장질환	“관혈수술”시	담낭,담도및췌장질환수술비[주7] 보험가입금액의 50%	담낭,담도및췌장질환수술비[주7]의 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	담낭,담도및췌장질환수술비[주7] 보험가입금액의 25%	담낭,담도및췌장질환수술비[주7] 보험가입금액의 50%	연간 1회한

주1) 7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주2) 7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주3) 7대기관질병수술비(신부전)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주4) 7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주5) 7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주6) 7대기관질병수술비(폐질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주7) 7대기관질병수술비(담낭,담도및췌장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)

2 제1항의 “질병구분”은 7대기관질병 분류표(【별표47】 참조)의 질병구분을 기준으로 합니다.
3 제1항의 7대기관질병수술비는 “수술”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 “질병구분” 당 “관혈수술” 또는 “비관혈수술”별 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
4 제1항 및 제3항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 각 “질병구분”의 “관혈수술” 또는 “비관혈 수술”을 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-107. 암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 암(4대유사암제외)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

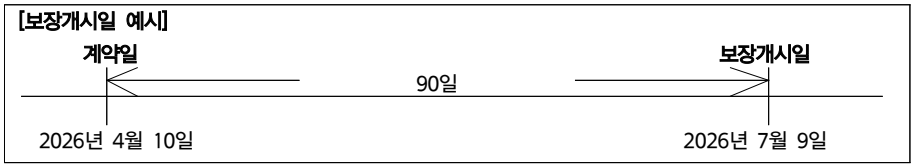
"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암(4대유사암제외)수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-108. 암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진

단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

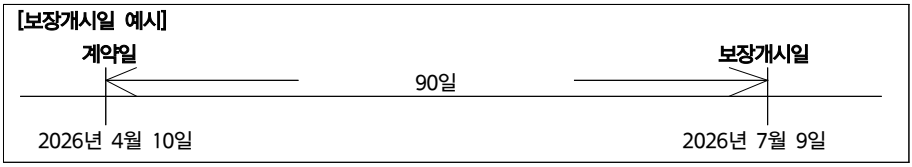
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암(4대유사암제외)수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-109. 4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 4대유사암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”는 4대유사암수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-110. 갑상선암수술비(1회한) 특별약관(1,2종)

제1조(“갑상선암”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

3 “갑상선암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “갑상선암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 갑상선암수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-111. 유방암으로인한유방수술비, Lady유방케어패키지(유방암으로인한유방수술비), Lady수술치유패키지(유방암으로인한유방수술위로금) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("유방암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "유방암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
유방의 악성신생물	C50

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

3 "유방암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "유방암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("유방수술"의 정의)
이 특별약관에서 "유방수술"이라 함은 유방수술 분류표(【별표48】 참조)에서 정한 수술을 말합니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "유방암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "유방수술"을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 유방암으로인한유방수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

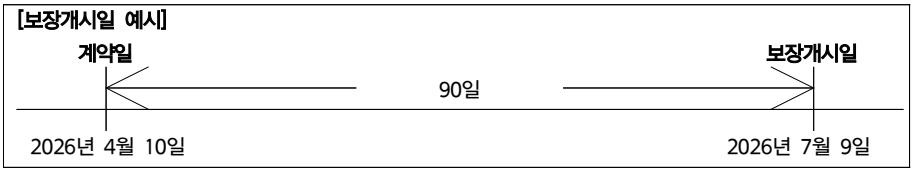
"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 유방암으로인한유방수술비가 지급되지 않습니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "유방암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-112. 여성생식기암으로인한자궁적출수술비(1회한), Lady자궁난소케어패키지(여성생식기암으로인한자궁적출수술비(1회한)), Lady수술치유패키지(여성생식기암으로인한자궁적출수술위로금(1회한)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("여성생식기암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "여성생식기암"이라 함은 여성생식기암 분류표(【별표120】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

3 "여성생식기암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "여성생식기암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("자궁적출수술"의 정의)

이 특별약관에서 "자궁적출수술"이라 함은 자궁적출수술 분류표(【별표49】 참조)에서 정한 수술을 말합니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “여성생식기암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “자궁적출수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 여성생식기암으로인한자궁적출수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”는 여성생식기암으로인한자궁적출수술비가 지급되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성생식기암으로인한자궁적출수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-113. 암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암(특정유사암포함)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“항암중입자방사선치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “항암중입자방사선치료”라 함은 “항암방사선치료” 중, 국내 또는 국외에 허가된 중입자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 탄소 또는 헬륨 등(수소 제외) 입자를 가속하여 얻은 분리된 중입자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 중입자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

[항암중입자방사선치료]

항암중입자방사선치료(Carbon Ion Radiotherapy, CIRT)는 탄소입자를 이용한 방사선치료의 하나로서, 양성자치료에 사용되는 수소입자보다 12배 무거운 탄소입자를 가속시켜 암세포를 조준해 파괴하는 치료법입니다. 국내에서는 간암, 전립선암, 췌장암, 폐암 등에 대하여 항암중입자방사선치료가 치료적응증으로 인정되고 있으며, 향후 의학기술 발달에 따라 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에 정한 질병에 대하여 치료대상이 확대되는 경우에도 보장합니다.

2 제1항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에

"암(특정유사암포함)"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암중입자방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암중입자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

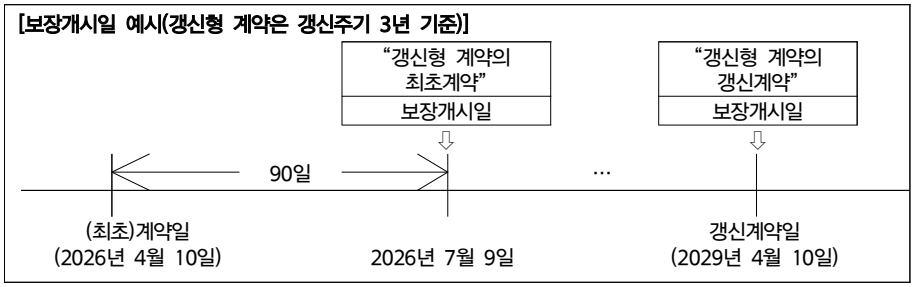
【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암중입자방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해

지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-114. 뇌혈관질환수술비(수술1회당), 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌혈관질환수술비(수술1회당) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-115. 뇌혈관질환수술비(1회한), 뇌혈관질환수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌혈관질환수술비(1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 뇌혈관질환수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환수술비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-116. 뇌졸중수술비(1회한) 특별약관

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-117. 허혈성심장질환수술비(수술1회당), 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 허혈성심장질환수술비(수술1회당) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-118. 허혈성심장질환수술비(1회한), 허혈성심장질환수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 허혈성심장질환수술비(1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형,

납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 허혈성심장질환수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환수술비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-119. 급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표28】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법

서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-120. 5대양성종양및용종(폴립)진단비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 5대양성종양및용종(폴립)진단비(대장양성종양및특정용종(폴립))
2. 5대양성종양및용종(폴립)진단비(위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립))
3. 5대양성종양및용종(폴립)진단비(중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양)
4. 5대양성종양및용종(폴립)진단비(골및관절연골의양성종양)
5. 5대양성종양및용종(폴립)진단비(특정양성뇌종양)

제1조("5대양성종양및용종(폴립)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "5대양성종양및용종(폴립)"이라 함은 5대양성종양및용종(폴립) 분류표(【별표141】 참조)에서 정한 "대장양성종양및특정용종(폴립)", "위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)", "중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양", "골및관절연골의양성종양" 및 "특정양성뇌종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "대장양성종양및특정용종(폴립)", "위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)", "중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양" 및 "골및관절연골의양성종양"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "대장양성종양및특정용종(폴립)", "위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)", "중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양" 및 "골및관절연골의양성종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "대장양성종양및특정용종(폴립)", "위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)", "중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양" 및 "골및관절연골의양성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4 "특정양성뇌종양"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 신경외과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 "특정양성뇌종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "5대양성종양및용종(폴립)"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("대장양성종양및특정용종(폴립)", "위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)", "중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양", "골및관절연골의양성종양" 및 "특정양성뇌종양")로 각각 최초 1회에 한하여 아

래의 금액을 5대양성종양및용종(폴립)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액
대장양성종양및특정용종(폴립)	대장양성종양및특정용종(폴립)진단비[주1]의 보험가입금액
위,십이지장및소화계통 양성종양및특정용종(폴립)	위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)진단비[주2]의 보험가입금액
중이,호흡계통및흉곽내기관 양성종양	중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양진단비[주3]의 보험가입금액
골및관절연골의양성종양	골및관절연골의양성종양진단비[주4]의 보험가입금액
특정양성뇌종양	특정양성뇌종양진단비[주5]의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
대장양성종양및특정용종(폴립)	대장양성종양및특정용종(폴립)진단비[주1]의 보험가입금액의 50%	대장양성종양및특정용종(폴립)진단비[주1]의 보험가입금액
위,십이지장및소화계통 양성종양및특정용종(폴립)	위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)진단비[주2]의 보험가입금액의 50%	위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)진단비[주2]의 보험가입금액
중이,호흡계통및흉곽내기관 양성종양	중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양진단비[주3]의 보험가입금액의 50%	중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양진단비[주3]의 보험가입금액
골및관절연골의양성종양	골및관절연골의양성종양진단비[주4]의 보험가입금액의 50%	골및관절연골의양성종양진단비[주4]의 보험가입금액
특정양성뇌종양	특정양성뇌종양진단비[주5]의 보험가입금액의 50%	특정양성뇌종양진단비[주5]의 보험가입금액

주1) 5대양성종양및용종(폴립)진단비(대장양성종양및특정용종(폴립))
주2) 5대양성종양및용종(폴립)진단비(위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립))
주3) 5대양성종양및용종(폴립)진단비(중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양)
주4) 5대양성종양및용종(폴립)진단비(골및관절연골의양성종양)
주5) 5대양성종양및용종(폴립)진단비(특정양성뇌종양)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "5대양성종양및용종(폴립)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 5대양성종양및용종(폴립)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 5대양성종양및용종(폴립)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대장양성종양및특정용종(폴립)진단비, 위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)진단비, 중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양진단비, 골및관절연골의양성종양진단비, 특정양성뇌종양진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소

멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대양성종양및용종(폴립)진단비를 세부보장별("대장양성종양및특정용종(폴립)", "위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)", "중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양", "골및관절연골의양성종양" 및 "특정양성뇌종양")로 각각 1회씩 총 5회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-121. 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(세부보장별각1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(1종)
2. 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(2종)
3. 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(3종)
4. 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(4종)

제1조("특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)"이라 함은 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함) 1-4종 분류표(【별표142】 참조)에서 정한 질병으로 "특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(1종)", "특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(2종)", "특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(3종)" 및 "특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(4종)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료.기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기

능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 각 세부보장별(“특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(1종)”, “특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(2종)”, “특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(3종)” 및 “특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(4종)”)로 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

질병구분	지급금액
특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(1종)	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(1종)의 보험가입금액
특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(2종)	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(2종)의 보험가입금액
특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(3종)	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(3종)의 보험가입금액
특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(4종)	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(4종)의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(1종)	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(1종)의 보험가입금액의 50%	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(1종)의 보험가입금액
특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(2종)	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(2종)의 보험가입금액의 50%	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(2종)의 보험가입금액
특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(3종)	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(3종)의 보험가입금액의 50%	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(3종)의 보험가입금액
특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(4종)	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(4종)의 보험가입금액의 50%	특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(4종)의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(1종), 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(2종), 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(3종), 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(4종)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(1종), 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(2종), 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(3종), 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(1회한)(4종)를 각각 1회씩 총 4회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-122. 특정8대기관양성종양및용종(폴립)수술비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조(“특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)”, “급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)수술”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)”이라 함은 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립) 분류표(【별표51】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 “급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)수술”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립) 수술 분류표(【별표52】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

4 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립) 수술 분류표(【별표52】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)수술” 외에 급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)수술에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)수술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정8대기관양성종양및용종(폴립)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액	지급한도
이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 특정8대기관양성종양및용종(폴립)수술비는 “수술”의 직접적인 원인, “특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)”의 개수, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)수술”을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본

인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-123. 특정생활질환수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("특정생활질환"의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 "특정생활질환"이라 함은 특정생활질환 분류표(【별표169】 참조)에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② "특정생활질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정생활질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.
④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정생활질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정생활질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 "특정생활질환" 중 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-124. 난소제거수술비(수술1회당), Lady수술치유패키지(난소제거수술위로금(수술1회당)), Lady자궁난소케어패키지(난소제거수술비(수술1회당)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 난소제거수술을 받은 경우 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 난소제거수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상)

제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
7. 예방적 난소제거 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-125. 조혈모세포이식수술비(1회한) 특별약관

제1조("조혈모세포이식수술"의 정의)
① 이 특별약관에서 "조혈모세포이식수술"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로, 다음에서 정한 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.
   1. "동종(allogenic)골수조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
   2. "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
   3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
   4. "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
   5. "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
② 제1항의 "조혈모세포이식수술"은 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 이식수혜자로서 "조혈모세포이식수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
① 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-126. 제왕절개수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("제왕절개수술"의 정의)

이 특별약관에서 "제왕절개수술"이라 함은 제왕절개수술 분류표(【별표50】 참조)에서 정한 수술을 말합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항 내지 제5항에도 불구하고 제왕절개수술 분류표(【별표50】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "제왕절개수술"을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 제왕절개수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

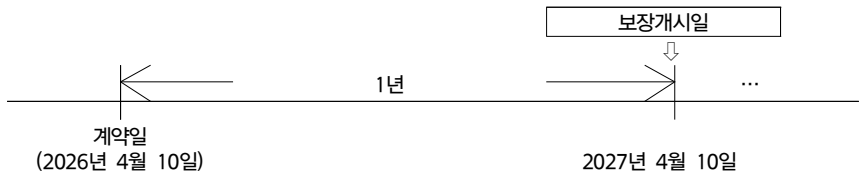
제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "제왕절개수술"을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

["제왕절개수술"의 보장개시일 예시]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-127. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한), 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("암 특정치료"의 정의)
이 특별약관에서 "암 특정치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, "암"으로 인하여 「호스피스•완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "암 특정치료"로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 “암 보험금 지급기간” 이내에 “암”으로 “암 특정치료”를 받은 경우에는 “암 보험금 지급기간”동안 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단후특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

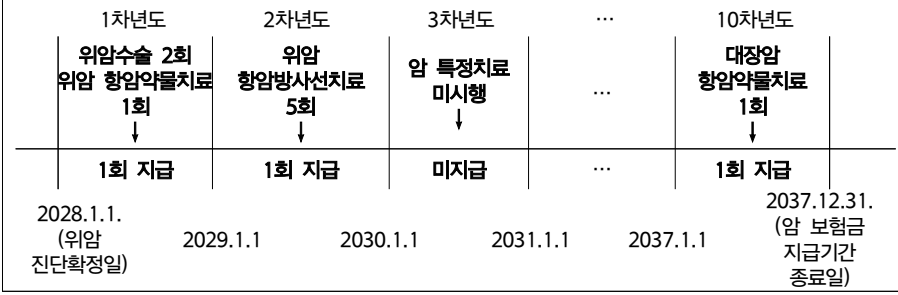
1. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)

구분	지급금액		지급한도
	계약일로부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)	-	암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한

2. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형)

구분	지급금액			지급한도
	최초계약		갱신계약	
	계약일로부터 경과기간			
	90일 이하	90일 초과		
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형)	-	암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액		연간 1회한

[보장 예시]
- 위암 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2026년 1월 1일)



2 제1항의 "연간"이라 함은 "암" 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 "암 보험금 지급기간"이란 "암" 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "암 특정치료"를 받은 경우에는 "암" 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "암 보험금 지급기간"으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 "암 보험금 지급기간" 동안 적용합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제5조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암 보험금 지급기간"이 종료되지 않았을 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "암 특정치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암” 및 “암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

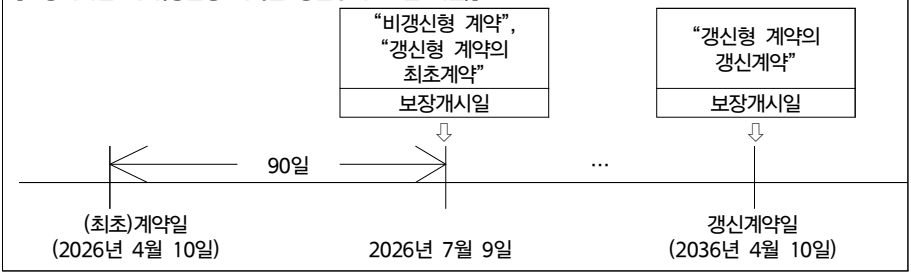
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제8조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)
1 피보험자가 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “암 보험금 지급기간”이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 10년 기준)]



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제12조(특별약관 보험료의 납입면제)

1. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제1호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제3항에서 정한 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 1년간 1회에 한하여 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다. 단, 이 특별약관의 보험료 납입기간 종료일까지 1년이 남지 않은 경우에는 납입기간 종료일까지 납입면제하여 드립니다.

3 제1항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제2항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 또는 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제1항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 제1항에 따라 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

6 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 회사는 납입면제기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입면제기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 문자메시지 등의 방법으로 안내하고, 계약자는 납입면제기간 종료 후부터 도래하는 계약상의 각 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제1호 내지 제8호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제3항에서 정한 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 1년간 1회에 한하여 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다. 단, 이 특별약관의 보험료 납입기간 종료일까지 1년이 남지 않은 경우에는 납입기간 종료일까지 납입면제하여 드립니다.

3 제1항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제2항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 또는 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제1항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 제1항에 따라 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호 및 제7호 에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

6 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 회사는 납입면제기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입면제기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 문자메시지 등의 방법으로 안내하고, 계약자는 납입면제기간 종료 후부터 도래하는 계약상의 각 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제4호 에도 불구하고, 상해

로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제1호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호 및 제6호 에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

2. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제13조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

6 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약

의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
6 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】
1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】
1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
6 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】
1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제12조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

2. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제12조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제14조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다. 단, 보험기간 중에 "암"으로 최초 진단 확정된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-128. 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한), 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명

부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("특정유사암 특정치료"의 정의)
이 특별약관에서 "특정유사암 특정치료"이라 함은 "특정유사암"을 제거하거나 "특정유사암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, "특정유사암"으로 인하여「호스피스•완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "특정유사암 특정치료"로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유사암"으로 진단확정되고 "특정유사암 보험금 지급기간" 이내에 "특정유사암"으로 "특정유사암 특정치료"를 받은 경우에는 "특정유사암 보험금 지급기간" 동안 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정유사암진단후특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

[보장 예시]
- 갑상선암 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2026년 1월 1일)

1차년도	2차년도	3차년도	…	10차년도
갑상선암 수술 2회 ↓	**갑상선암 항암방사선치료 5회** ↓	**특정유사암 특정치료 미시행** ↓	…	**기타피부암 항암약물치료 1회** ↓
1회 지급	**1회 지급**	**미지급**	…	**1회 지급**

2028.1.1. (갑상선암 진단확정일) — 2029.1.1 — 2030.1.1 — 2031.1.1 — 2037.1.1 — 2037.12.31. (특정유사암 보험금 지급기간 종료일)

2 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 "특정유사암" 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 특정유사암 진단 해당일(특정유사암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 특정유사암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 특정유사암 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 "특정유사암 보험금 지급기간"이란 "특정유사암" 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "특정유사암 특정치료"를 받은 경우에는 "특정유사암" 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "특정유사암 보험금 지급기간"으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 "특정유사암 보험금 지급기간" 동안 적용합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제5조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 "특정유사암"으로 진단확정되고 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되더라도 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서

정한 “특정유사암 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “특정유사암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “특정유사암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “특정유사암” 및 “특정유사암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “특정유사암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중 “특정유사암”으로 진단확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “특정유사암 보험금 지급기간”이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(특별약관 보험료의 납입면제)

1. 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “특정유사암”으로 진단확정된 경우 또는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제1호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제3항에서 정한 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 1년간 1회에 한하여 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다. 단, 이 특별약관의 보험료 납입기간 종료일까지 1년이 남지 않은 경우에는 납입기간 종료일까지 납입면제하여 드립니다.

③ 제1항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제2항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 또는 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제1항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 제1항에 따라 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

⑤ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

⑥ 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 회사는 납입면제기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에

게 납입면제기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 문자메시지 등의 방법으로 안내하고, 계약자는 납입면제기간 종료 후부터 도래하는 계약상의 각 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "특정유사암"으로 진단확정된 경우 또는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제1호 내지 제8호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제3항에서 정한 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 1년간 1회에 한하여 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다. 단, 이 특별약관의 보험료 납입기간 종료일까지 1년이 남지 않은 경우에는 납입기간 종료일까지 납입면제하여 드립니다.

3 제1항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제2항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 또는 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제되고 제1항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 제1항에 따라 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호 및 제7호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

6 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 회사는 납입면제기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입면제기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 문자메시지 등의 방법으로 안내하고, 계약자는 납입면제기간 종료 후부터 도래하는 계약상의 각 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "특정유사암"으로 진단확정된 경우 또는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제4호 에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "특정유사암"으로 진단확정된 경우 또는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제1호 내지 제6호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호 및 제6호 에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "특정유사암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

2. 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "특정유사암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않

은 경우에는 해당 피보험자의 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1. 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

6 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

6 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2("상해50%이상후유장해" 및 "상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

6 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 정한 "질병80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3("질병50%이상후유장해" 및 "질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

2. 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 "특정유사암"으로 최초 진단 확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "특정유사암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다. 단, 보험기간 중에 "특정유사암"으로 최초 진단 확정된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-129. 암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한)(갱신형) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 암(4대유사암제외)특정치료비(수술)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(항암방사선치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(중환자실치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(호스피스완화의료치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("암 특정치료"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "암 특정치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우
5. 제1호 내지 제4호에도 불구하고, "암"으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "암 특정치료"로 봅니다.

2 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 제4호의 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "암 특정치료"를 받은 시점 기준 종합병원에서 "암 특정치료"를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	최초계약		갱신계약	지급한도
	계약일로부터 경과기간			
	90일 이하	90일 초과		
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	–	암(4대유사암제외)특정치료비(수술)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액		연간 1회한
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	–	암(4대유사암제외)특정치료비(항암방사선치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액		연간 1회한
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	–	암(4대유사암제외)특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액		연간 1회한
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	–	암(4대유사암제외)특정치료비(중환자실치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액		연간 1회한
"암"으로 제5조("암 특정치료"의 정의 및 장소) 제1항 제5호의 호스피스완화의료치료를 받은 경우	–	암(4대유사암제외)특정치료비(호스피스완화의료치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액		연간 1회한

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "암 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조("암 특정치료"의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원 시작일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)
다음 각 호의 사항은 “암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암” 및 “암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제10조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 3년 기준)]



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제13조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-130. 4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한)(갱신형) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 4대유사암특정치료비(수술)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)
- 4대유사암특정치료비(항암방사선치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)
- 4대유사암특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)
- 4대유사암특정치료비(중환자실치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("4대유사암 특정치료"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "4대유사암 특정치료"라 함은 "4대유사암"을 제거하거나 "4대유사암"의 증식을 억제

하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

2 제1항 제1호의 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 제4호의 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “4대유사암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “4대유사암 특정치료”를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 4대유사암특정치료비로 보험수익자에게 지급

합니다.

구분	지급금액	지급한도
“4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	4대유사암특정치료비(수술)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액	연간 1회한
“4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	4대유사암특정치료비(항암방사선치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액	연간 1회한
“4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	4대유사암특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액	연간 1회한
“4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	4대유사암특정치료비(중환자실치료)(종합병원)(연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “4대유사암 특정치료”를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조(“4대유사암 특정치료”의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “4대유사암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “4대유사암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “4대유사암” 및 “4대유사암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “4대유사암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-131. 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(세부보장별각1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 13개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(입술,구강및인두암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(대장암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(특정소화기관암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(폐암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(특정호흡기및흉곽내기관암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(유방암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(특정여성생식기관암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(자궁관련암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(난소암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(비뇨기관암(요로암))(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)(1회한)
- 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(혈액암)(1회한)

제1조("여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"이라 함은 "입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)" 및 "혈액암"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "입술,구강및인두암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14

3 이 특별약관에서 "대장암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 결장의 악성 신생물	C18
2. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
3. 직장의 악성신생물	C20
4. 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5

4 이 특별약관에서 "특정소화기관암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 위의 악성 신생물	C16
3. 소장의 악성 신생물	C17
4. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
5. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
6. 담낭의 악성 신생물	C23
7. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
8. 췌장의 악성 신생물	C25
9. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
10. 소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
11. 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
12. 위의 이차성 악성 신생물	C78.80
13. 췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
14. 비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
15. 기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
16. 상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89

5 이 특별약관에서 “폐암(전이암포함)”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 기관의 악성 신생물	C33
2. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
3. 폐의 이차성 악성 신생물	C78.0

6 이 특별약관에서 “특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
2. 부비동의 악성 신생물	C31
3. 후두의 악성 신생물	C32
4. 흉선의 악성 신생물	C37
5. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
6. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
7. 종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
8. 흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
9. 기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3

7 이 특별약관에서 “뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
2. 피부의 악성 흑색종	C43
3. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
4. 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
5. 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물	C77
6. 후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
7. 피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
8. 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
9. 골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
10. 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
11. 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
12. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
13. 독립된(원발성) 여러부위의 악성 신생물	C97

8 이 특별약관에서 "유방암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80

9 이 특별약관에서 "특정여성생식기관암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 외음의 악성 신생물	C51
2. 질의 악성 신생물	C52
3. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
4. 태반의 악성 신생물	C58
5. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

10 이 특별약관에서 "자궁관련암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁경부의 악성 신생물	C53
2. 자궁체부의 악성 신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55

11 이 특별약관에서 "난소암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 난소의 악성 신생물	C56
2. 난소의 이차성 악성 신생물	C79.6

12 이 특별약관에서 "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 요로의 악성 신생물	C64~C68
2. 신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
3. 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1

13 이 특별약관에서 "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
2. 부신의 악성 신생물	C74
3. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C75
4. 뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
5. 부신의 이차성 악성 신생물	C79.7

14 이 특별약관에서 "혈액암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
2. 진성 적혈구증가증	D45
3. 골수형성이상증후군	D46
4. 만성 골수증식질환	D47.1
5. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
6. 골수섬유증	D47.4
7. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

15 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우에는 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)" 및 "혈액암")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간	
	90일이하	90일 초과
“입술,구강및인두암”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	입술,구강및인두암항암방사선약물치료비[주1]의 보험가입금액
“대장암(전이암포함)”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	대장암항암방사선약물치료비[주2]의 보험가입금액
“특정소화기관암(전이암포함)”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	특정소화기관암항암방사선약물치료비[주3]의 보험가입금액
“폐암(전이암포함)”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	폐암항암방사선약물치료비[주4]의 보험가입금액
“특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	특정호흡기및흉곽내기관암항암방사선약물치료비[주5]의 보험가입금액
“뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암항암방사선약물치료비[주6]의 보험가입금액
“유방암(전이암포함)”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	유방암항암방사선약물치료비[주7]의 보험가입금액
“특정여성생식기관암(전이암포함)”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	특정여성생식기관암항암방사선약물치료비[주8]의 보험가입금액
“자궁관련암”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	자궁관련암항암방사선약물치료비[주9]의 보험가입금액
“난소암”(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	난소암항암방사선약물치료비[주10]의 보험가입금액
“비뇨기관암(요로암)(전이암포함)”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	비뇨기관암(요로암)항암방사선약물치료비[주11]의 보험가입금액
“눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암항암방사선약물치료비[주12]의 보험가입금액
“혈액암”으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 시	–	혈액암항암방사선약물치료비[주13]의 보험가입금액

주1) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(입술,구강및인두암)(1회한)
주2) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(대장암)(1회한)
주3) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(특정소화기관암)(1회한)
주4) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(폐암)(1회한)
주5) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(특정호흡기및흉곽내기관암)(1회한)
주6) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)(1회한)
주7) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(유방암)(1회한)
주8) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(특정여성생식기관암)(1회한)
주9) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(자궁관련암)(1회한)
주10) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(난소암)(1회한)
주11) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(비뇨기관암(요로암))(1회한)
주12) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)(1회한)
주13) 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(혈액암)(1회한)

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 입술,구강및인두암항암방사선약물치료비,대장암항암방사선약물치료비,특정소화기관암항암방사선약물치료비,폐암항암방사선약물치료비,특정호흡기및흉곽내기관암항암방사선약물치료비,뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암항암방사선약물치료비,유방암항암방사선약물치료비,특정여성생식기관암항암방사선약물치료비,자궁관련암항암방사선약물치료비,난소암항암방사선약물치료비,비뇨기관암(요로암)항암방사선약물치료비,눈,뇌,중추신경계통및내분비선암항암방사선약물치료비,혈액암항암방사선약물치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

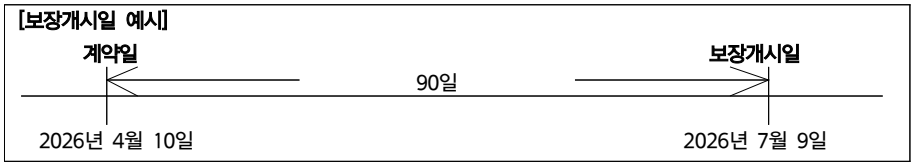
2 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비를 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)" 및 "혈액암")로 각각 1회씩 총 13회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-132. 하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사

또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“하이클래스Ⅲ 항암방사선치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “하이클래스Ⅲ 항암방사선치료”라 함은 “항암방사선치료” 치료 중 “전액본인부담급여 항암방사선치료” 및 “급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)”를 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

3 이 특별약관에서 “전액본인부담급여 항암방사선치료”라 함은 제2항의 “항암방사선치료” 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암방사선치료로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암방사선치료 분류표(【별표53】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “급여 항암방사선치료 인정기준”이라 합니다)에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

4 이 특별약관에서 “급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 “급여 항암방사선치료 인정기준” 외에 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료를 하는것을 말합니다.

5 제3항 내지 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암방사선치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 항암방사선치료 인정기준”을 따릅니다.

6 제3항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표(【별표53】 참조)에 해당하는 진료행위 외에 “급여 항암방사선치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “하이클래스Ⅲ 항암방사선치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간		지급한도
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “하이클래스Ⅲ 항암방사선치료”를 받은 날로 합니다.

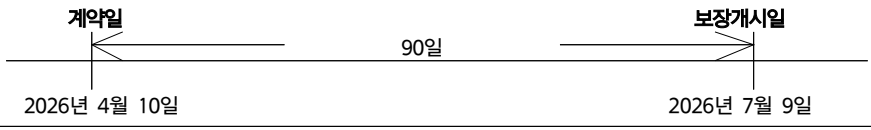
제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[“암”에 대한 보장개시일 예시]



제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해

지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-133. 하이클래스Ⅲ특정유사암항암방사선치료비(연간1회한) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("하이클래스Ⅲ 항암방사선치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "하이클래스Ⅲ 항암방사선치료"라 함은 "항암방사선치료" 치료 중 "전액본인부담급여 항암방사선치료" 및 "급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)"를 말합니다.
2 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
3 이 특별약관에서 "전액본인부담급여 항암방사선치료"라 함은 제2항의 "항암방사선치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암방사선치료로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암방사선치료 분류표(【별표53】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 항암방사선치료 인정기준"이라 합니다)에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

4 이 특별약관에서 “급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 “급여 항암방사선치료 인정기준” 외에 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료를 하는것을 말합니다.
5 제3항 내지 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암방사선치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 항암방사선치료 인정기준”을 따릅니다.
6 제3항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표(【별표53】 참조)에 해당하는 진료행위 외에 “급여 항암방사선치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “하이클래스Ⅲ 항암방사선치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “하이클래스Ⅲ 항암방사선치료” 를 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-134. 하이클래스Ⅲ 암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“하이클래스Ⅲ 항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “하이클래스Ⅲ 항암약물치료”라 함은 “항암약물치료” 치료 중 “전액본인부담급여 항암약물치료” 및 “급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)”를 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 이 특별약관에서 “전액본인부담급여 항암약물치료”라 함은 제2항의 “항암약물치료” 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암요법제로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암약물 분류표(【별표54】 참조)에서 정한 약효분류에 해당하는 약물(이하 “급여 항암약물치료 인정기준”이라 합니다)을 투여하는 것에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

4 이 특별약관에서 “급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 “급여 항암약물치료 인정기준” 외에 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제3항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암약물치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 항암약물치료 인정기준”을 따릅니다.

6 제3항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암약물 분류표(【별표54】 참조)에 해당하는 약제 외에 “급여 항암약물치료 인정기준”에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.

7 제2항 및 제4항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “하이클래스Ⅲ 항암약물치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간		지급한도
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

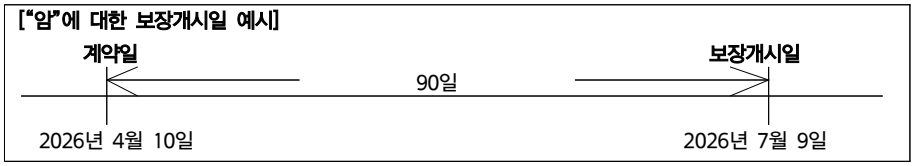
2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “하이클래스Ⅲ 항암약물치료” 를 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-135. 하이클래스Ⅲ특정유사암항암약물치료비(연간1회한) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

④ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑤ "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("하이클래스Ⅲ 항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "하이클래스Ⅲ 항암약물치료"라 함은 "항암약물치료" 치료 중 "전액본인부담급여 항

암약물치료” 및 “급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)”를 말합니다.
2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
3 이 특별약관에서 “전액본인부담급여 항암약물치료”라 함은 제2항의 “항암약물치료” 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암요법제로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암약물 분류표(【별표54】 참조)에서 정한 약효분류에 해당하는 약물(이하 “급여 항암약물치료 인정기준”이라 합니다)을 투여하는 것에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
4 이 특별약관에서 “급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 “급여 항암약물치료 인정기준” 외에 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
5 제3항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암약물치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 항암약물치료 인정기준”을 따릅니다.
6 제3항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암약물 분류표(【별표54】 참조)에 해당하는 약제 외에 “급여 항암약물치료 인정기준”에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.
7 제2항 및 제4항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “하이클래스Ⅲ 항암약물치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “하이클래스Ⅲ 항암약물치료” 를 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-136. 암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("급여 항암방사선치료" 및 "급여 항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 항암방사선치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암방사선치료로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암방사선치료 분류표(【별표53】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 항암방사선치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[항암방사선치료]
방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암방사선치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 항암방사선치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암방사선치료" 외에 "급여 항암방사선치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

4 이 특별약관에서 "급여 항암약물치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암요법제로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암약물 분류표(【별표54】 참조)에서 정한 약효분류에 해당하는 약물(이하 "급여 항암약물 인정기준"이라 합니다)을 투여하는 것을 말합니다.

[항암약물치료]
해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]
의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)은 제외합니다.

5 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암약물 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 항암약물 인정기준"을 따릅니다.

6 제4항 및 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암약물 분류표(【별표54】 참조)에 해당하는 약제 외에 "급여 항암약물 인정기준"에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.

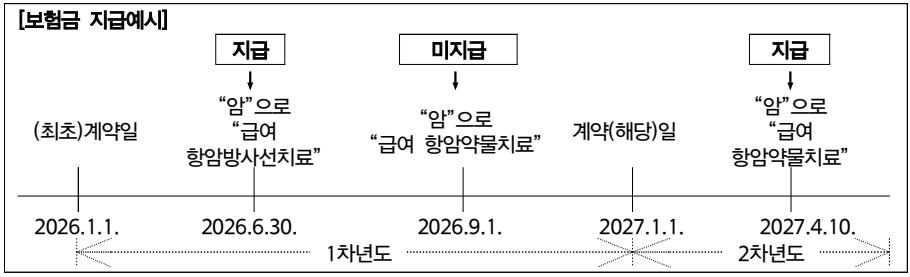
제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간		지급한도
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 항암방사선약물치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “급여 항암방사선치료”와 “급여 항암약물치료”를 합산하여 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 날로 합니다.



제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서 등) (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

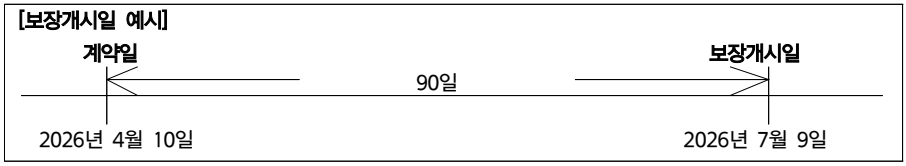
2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-137. 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당) 특별약관

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이

경우 “암(특정유사암포함)””의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“항암방사선치료”의 정의)
이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우에는 “암”, “갑상선암” 및 “기타피부암” 각각 치료 1회당 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

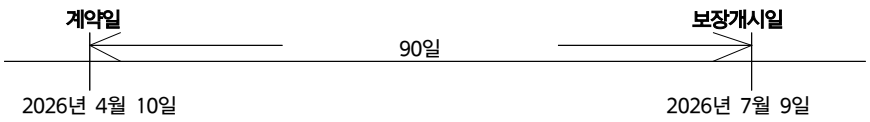
구분	계약일로부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
“암”	–	이 특별약관의 보험가입금액
“기타피부암” 및 “갑상선암”	이 특별약관 보험가입금액의 20%	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.
2 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)
1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[“암”에 대한 보장개시일 예시]



2 “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. “암”에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. “갑상선암” 및 “기타피부암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-138. 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당) 특별약관

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)""의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(“항암약물치료”등의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 제1항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

3 이 특별약관에서 “주사제 항암약물치료”라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 “항암약물치료”를 말합니다.

4 이 특별약관에서 “주사제 외 항암약물치료”라 함은 제3항에서 정한 “주사제 항암약물치료” 이외의 “항암약물치료”를 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 “주사제 항암약물치료”를 받은 경우에는 “암”, “갑상선암” 및 “기타피부암” 각각 입원 또는 통원당 각각 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
“암”	–	이 특별약관의 보험가입금액
“기타피부암” 및 “갑상선암”	이 특별약관 보험가입금액의 20%	

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 “주사제 외 항암약물치료”를 받은 경우에는 “암”, “갑상선암” 및 “기타피부암” 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
“암”	–	이 특별약관의 보험가입금액
“기타피부암” 및 “갑상선암”	이 특별약관 보험가입금액의 20%	

3 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “주사제 외 항암약물치료”를 받은 날로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일수 및 “주사제 항암약물치료“ 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

2 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제3조(“항암약물치료” 등의 정의)의 “항암약물치료”에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 항암약물치료비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특별약관의 무효)

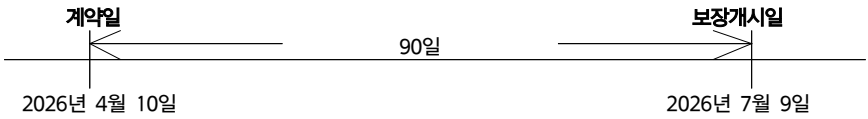
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장

개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

["암"에 대한 보장개시일 예시]



2 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "암"에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암" 및 "기타피부암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-139. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에

의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료"의 정의)
이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

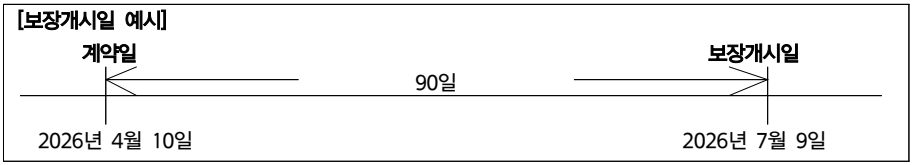
제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)
① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선

택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-140. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암약물치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
2 제1항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

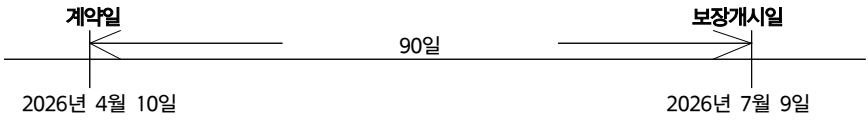
계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암약물치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-141. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 "표적항암제"의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "표적항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "표적항암제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심

사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안정성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제4항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약	지급한도
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과		
–	이 특별약관의 보험가입금액		연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약	지급한도
계약일로부터 경과기간				
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상		
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액		연간 1회한

2. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		지급한도
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

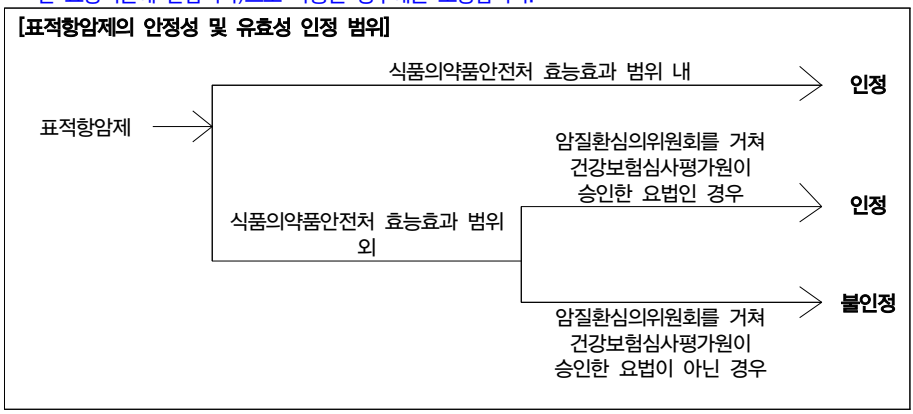
계약일로부터 경과기간			지급한도
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 표적항암약물허가치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

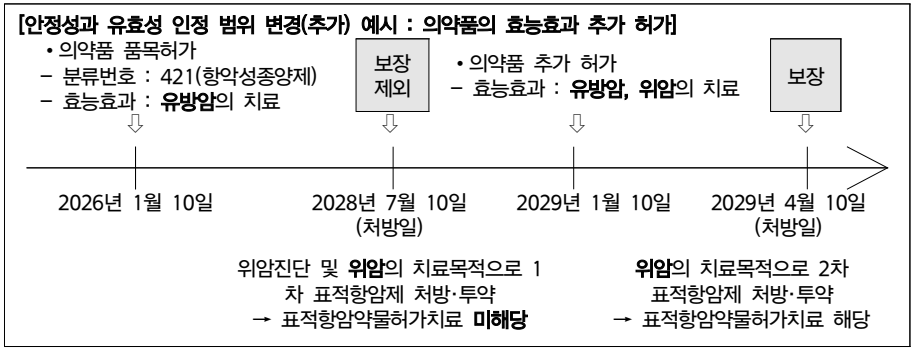
3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “표적항암약물허가치료”를 받은 날로 합니다.

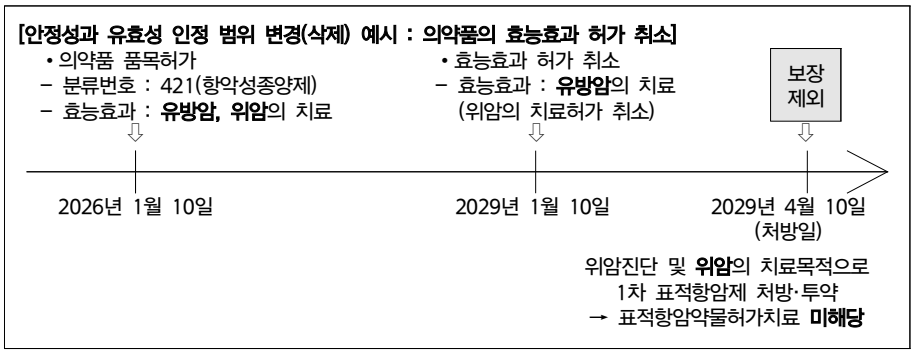
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



2 제3조(보험금의 지급사유)에서 “표적항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암 호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

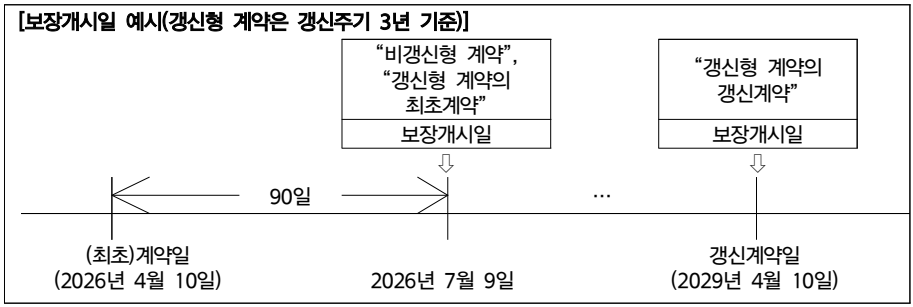
2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-142. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

④ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

⑤ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 "표적항암제"의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "표적항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "표적항암제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안정성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
5 제4항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

2. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

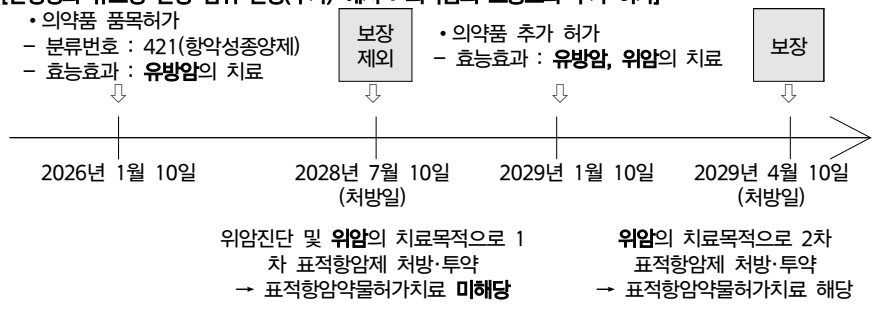
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

[표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위]

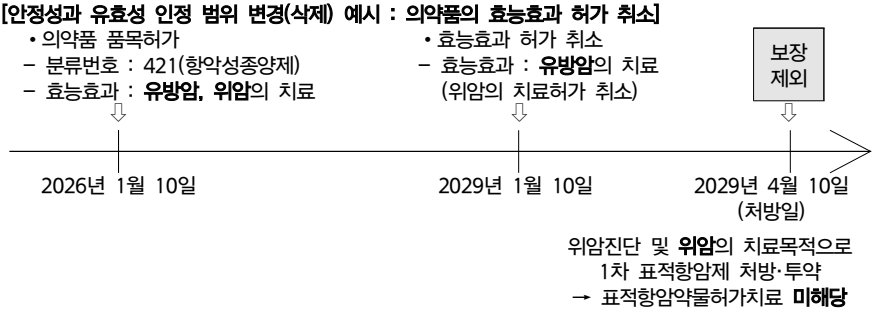


2 제3조(보험금의 지급사유)에서 "표적항암약물허가치료를 받은 경우"라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[안정성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가]



[안정성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시 : 의약품의 효능효과 허가 취소]



3 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암 호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
1) 진단명
2) 투약한 약제의 제품명
3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

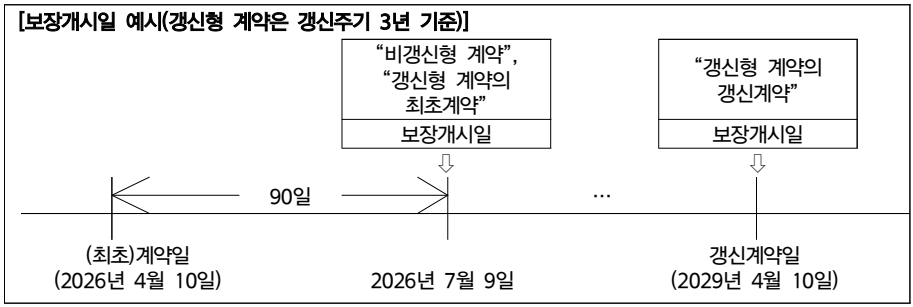
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-143. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형), 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"이라 함은 "카티(CAR-T) 보장 대상 악성신생물 분류표"(【별표55】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "카티(CAR-T) 보장 대상 암""의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("카티(CAR-T)치료제" 및 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "카티(CAR-T)치료제"란 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T)치료제]
카티치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "카티(CAR-T)치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안정성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제4항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 카티(CAR-T)항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

2. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

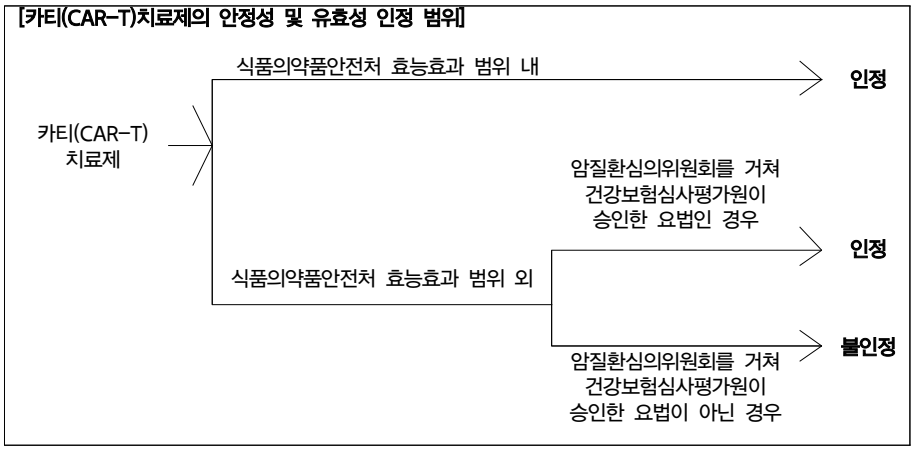
계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

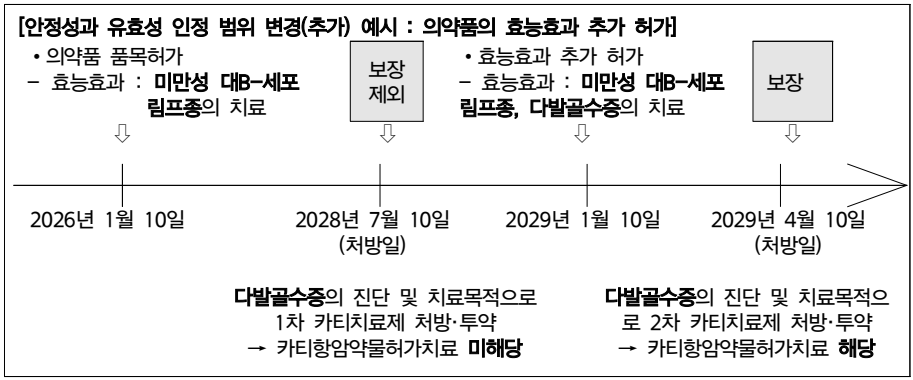
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

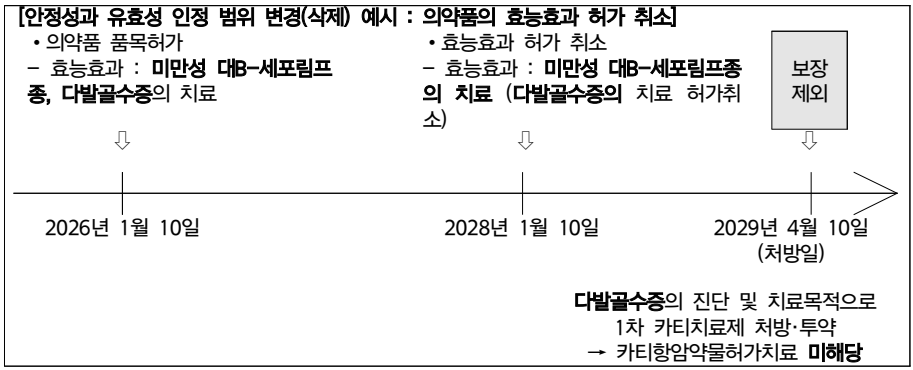
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 카티(CAR-T)항암약물허가치료비는 "카티(CAR-T)치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



2 제3조(보험금의 지급사유)에서 "카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우"라 함은 카티(CAR-T)치료제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조("카티(CAR-T)치료제" 및 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 제2항에 따라 안전성과 유효성 인정 범위가 변경되는 경우, 변경된 안전성과 유효성 인정 범위에 따라

"카티(CAR-T)보장 대상 암"을 변경하여 적용합니다.

4 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 카티항암약물허가치료 증명서
   가. 카티항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암 호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

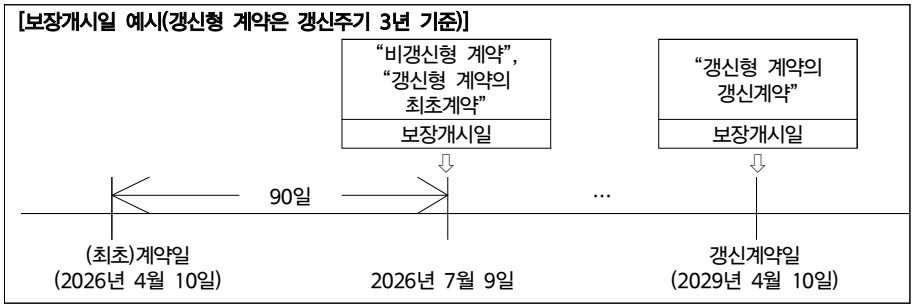
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 카티(CAR-T)항암약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-144. 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

④ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

⑤ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암세기조절방사선치료"의 정의)
1 이 특별약관에 있어서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 "항암방사선치료" 중, 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 세기조절방사선치료법을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, 방사선 세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

[세기조절방사선치료법]
방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

2 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암세기조절방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암세기조절방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

2. 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암세기조절방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

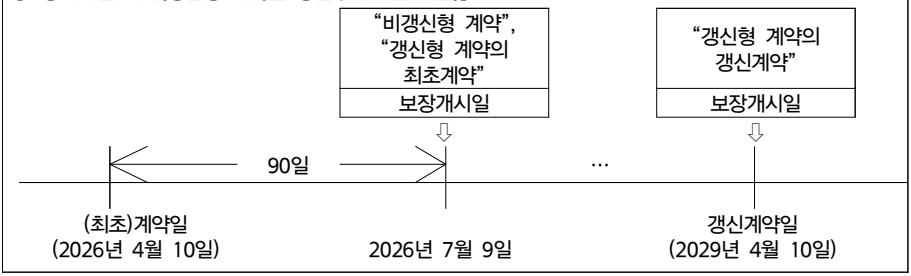
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 3년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-145. 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형), 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle

aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암(특정유사암포함)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“항암양성자방사선치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “항암양성자방사선치료”라 함은 “항암방사선치료” 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

2 제1항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

2. 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

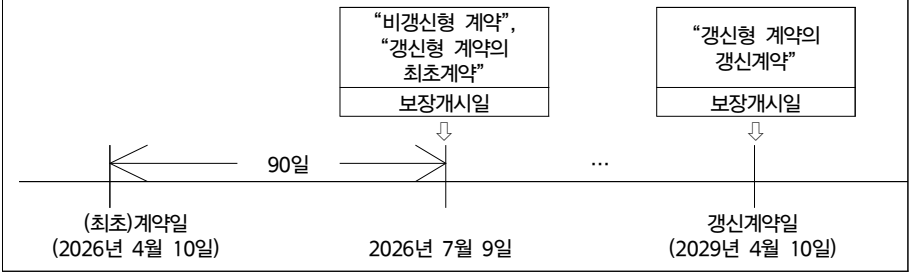
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 3년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-146. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한), 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

5 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("특정항암호르몬치료제" 및 "특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안정성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제4항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 "특정항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

2. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 특정항암호르몬약물허가치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

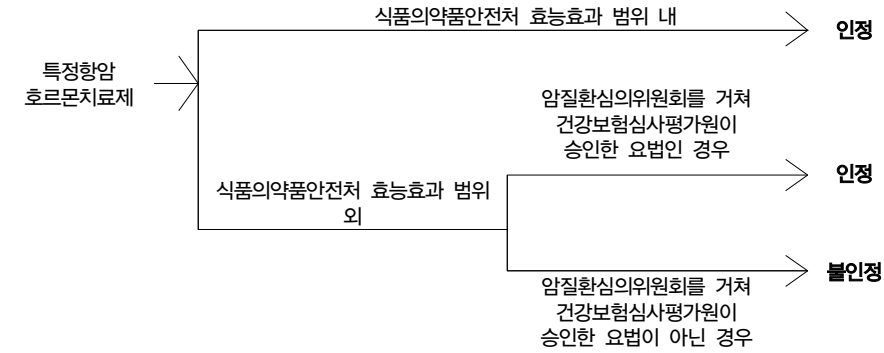
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "특정

항암호르몬약물허가치료"를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

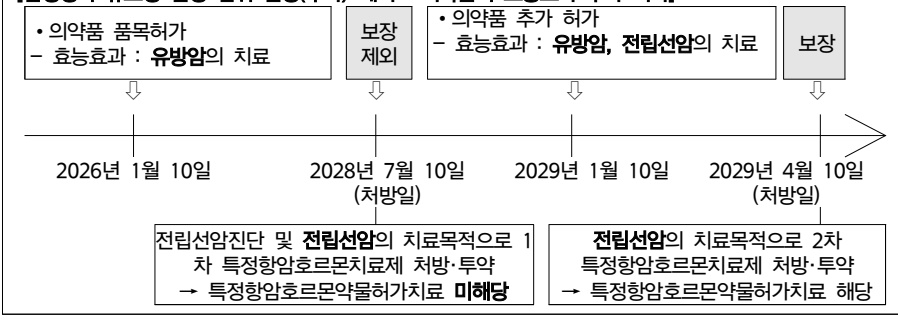
1 제3조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

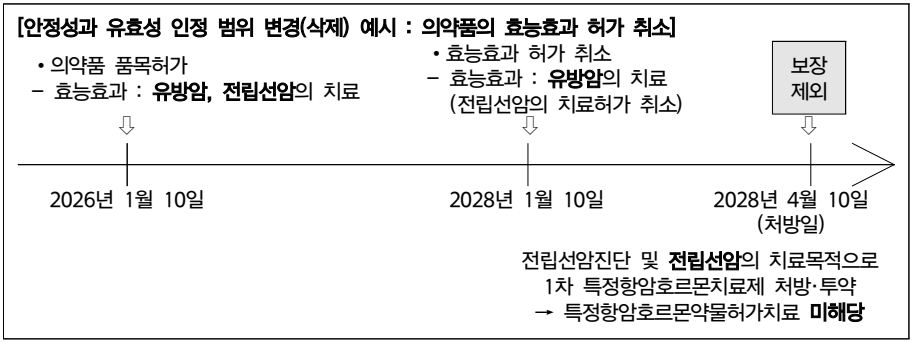
[특정항암호르몬치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



2 제3조(보험금의 지급사유)에서 "특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우"라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조("특정항암호르몬치료제" 및 "특정항암호르몬약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[안정성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가]





3 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

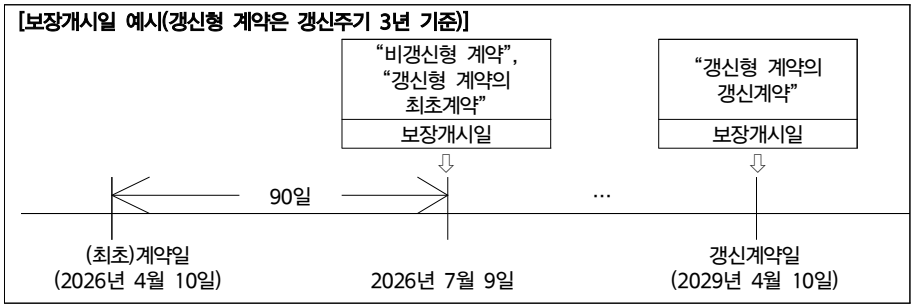
2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-147. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형), 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

④ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

5 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("특정항암호르몬치료제" 및 "특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.
2 이 특별약관에서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
5 제4항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

2. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

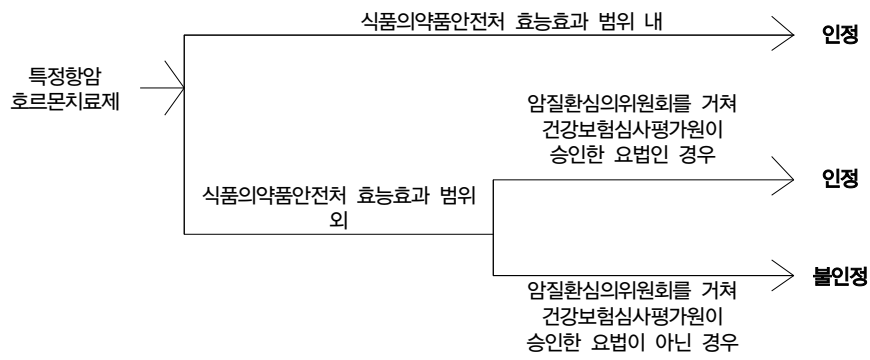
【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

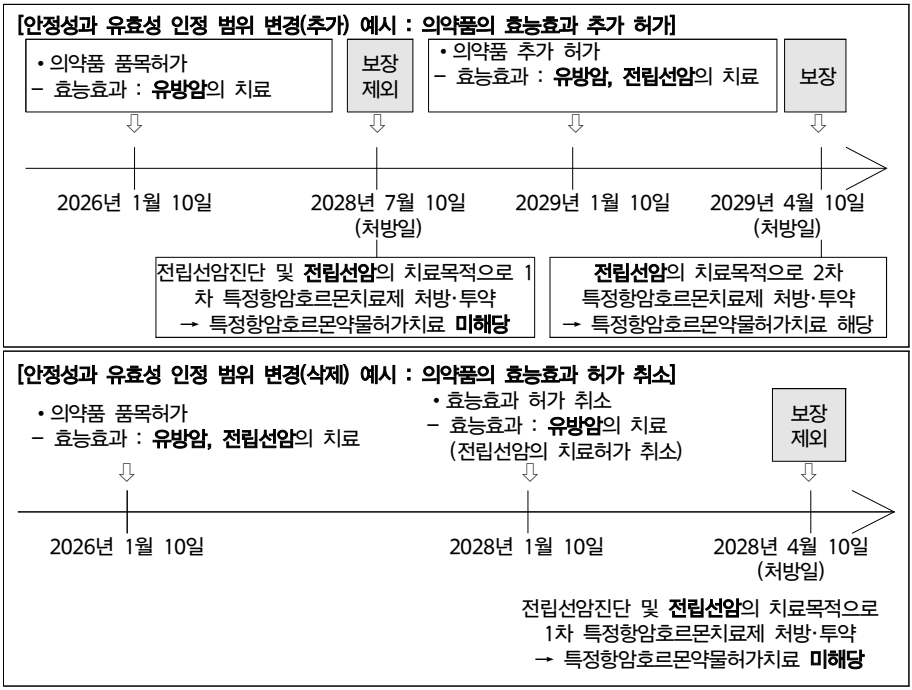
1 제3조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는 “특정항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

[특정항암호르몬치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



2 제3조(보험금의 지급사유)에서 “특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “특정항암호르몬치료

제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조("특정항암호르몬치료제" 및 "특정항암호르몬약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



3 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식) (아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

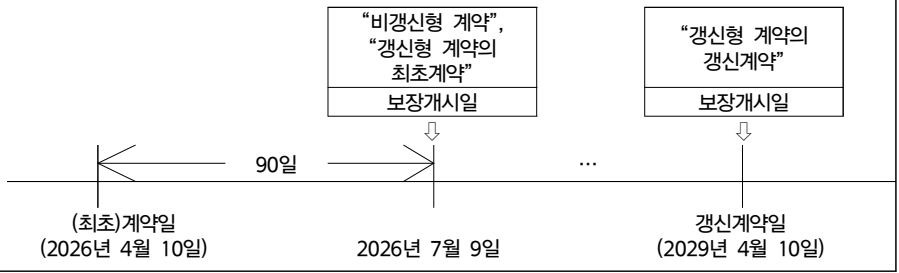
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 3년 기준)]



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-148. 유방암항암방사선치료비(치료1회당), Lady유방케어패키지(유방암항암방사선치료비(치료1회당)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("유방암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "유방암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

2 "유방암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)""의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "유방암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우에는 치료 1회당 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

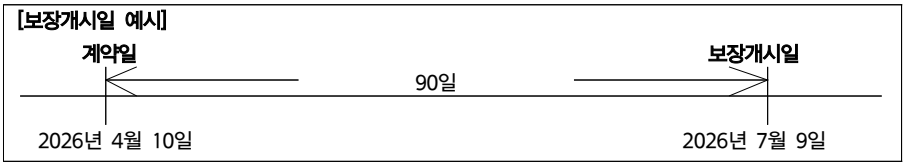
2 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "유방암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-149. 유방암항암약물치료비(치료1회당), Lady유방케어패키지(유방암항암약물치료비(치료1회당)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "유방암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

② "유방암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "유방암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(“항암약물치료”등의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 제1항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

3 이 특별약관에서 “주사제 항암약물치료”라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 “항암약물치료”를 말합니다.

4 이 특별약관에서 “주사제 외 항암약물치료”라 함은 제3항에서 정한 “주사제 항암약물치료” 이외의 “항암약물치료”를 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “유방암”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 “주사제 항암약물치료”를 받은 경우에는 입원 또는 통원당 각각 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “유방암”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 “주사제 외 항암약물치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

3 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “주사제 외 항암약물치료”를 받은 날로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일수 및 “주사제 항암약물치료“ 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

2 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제3조(“항암약물치료” 등의 정의)의 “항암약물치료”에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 항암약물치료비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

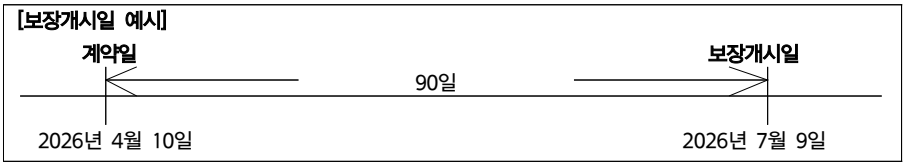
4 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “유방암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-150. 여성생식기관암항암방사선치료비(치료1회당), Lady자궁난소케어패키지(여성생식기관암항암방사선치료비(치료1회당)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("여성생식기관암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "여성생식기관암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 외음의 악성 신생물	C51
2. 질의 악성 신생물	C52
3. 자궁경부의 악성 신생물	C53
4. 자궁체부의 악성 신생물	C54
5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
6. 난소의 악성 신생물	C56
7. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
8. 태반의 악성 신생물	C58

2 "여성생식기관암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "여성생식기관암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

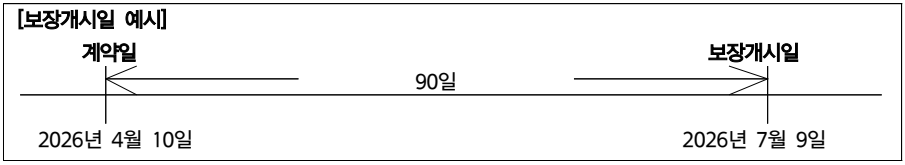
제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “여성생식기관암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우에는 치료 1회당 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.
2 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “여성생식기관암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-151. 여성생식기관암항암약물치료비(치료1회당), Lady자궁난소케어패키지(여성생식기관암항암약물치료비(치료1회당)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("여성생식기관암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "여성생식기관암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 외음의 악성 신생물	C51
2. 질의 악성 신생물	C52
3. 자궁경부의 악성 신생물	C53
4. 자궁체부의 악성 신생물	C54
5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
6. 난소의 악성 신생물	C56
7. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
8. 태반의 악성 신생물	C58

2 "여성생식기관암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "여성생식기관암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("항암약물치료"등의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "주사제 항암약물치료"라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 "항암약물치료"를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "주사제 외 항암약물치료"라 함은 제3항에서 정한 "주사제 항암약물치료" 이외의 "항암약물치료"를 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "여성생식기관암"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 "주사제 항암약물치료"를 받은 경우에는 입원 또는 통원당 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에

"여성생식기관암"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 "주사제 외 항암약물치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

3 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "주사제 외 항암약물치료"를 받은 날로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일 수 및 "주사제 항암약물치료" 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

2 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제3조("항암약물치료" 등의 정의)의 "항암약물치료"에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 항암약물치료비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

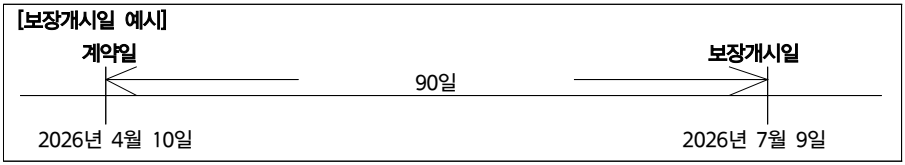
4 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "여성생식기관암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도

인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-152. 특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유사암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우에는 세부보장("기타피부암", "갑상선암")별로 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비를 세부보장("기타피부암", "갑상선암")별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-153. 특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암약물치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유사암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우에는 세부보장("기타피부암", "갑상선암")별로 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암약물치료비를 세부보장(“기타피부암”, “갑상선암”)별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-154. 유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한), 유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“유방암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “유방암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

대상질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

2 “유방암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “유방암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “표적항암제”란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 “421(항악성종양제)”(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 “항악성종양제”에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부

록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “표적항암제”를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[“안정성과 유효성 인정 범위” 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제4항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “유방암”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 유방암표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		지급한도
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간			지급한도
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2. 유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약	지급한도
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과		
–	이 특별약관의 보험가입금액		연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약	지급한도
계약일로부터 경과기간				
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상		
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액		연간 1회한

2 제1항의 유방암표적항암약물허가치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "표적항암약물허가치료"를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

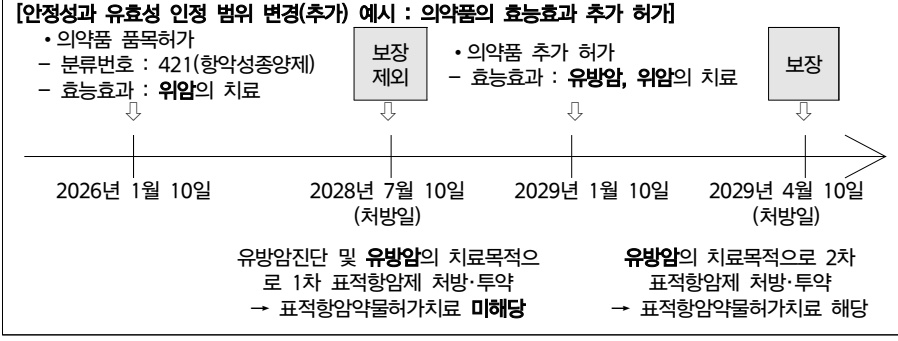
1 제3조(보험금의 지급사유)의 유방암표적항암약물허가치료비는 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

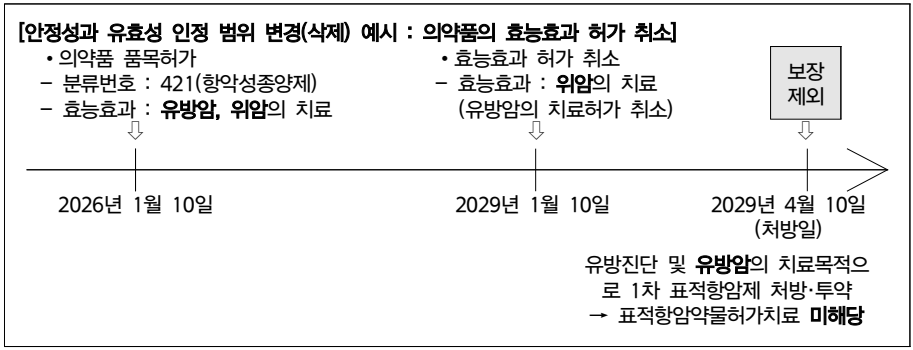
[표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



2 제3조(보험금의 지급사유)에서 "표적항암약물허가치료를 받은 경우"라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[안정성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가]





3 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암 호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

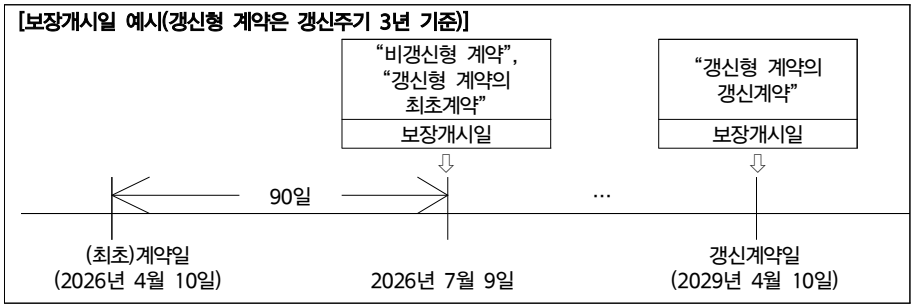
2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “유방암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-155. 유방암표적항암약물허가치료비(1회한), 유방암표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "유방암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

② "유방암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "유방암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에

준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “표적항암제”를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[“안정성과 유효성 인정 범위” 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제4항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “유방암”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방암표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 유방암표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 유방암표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

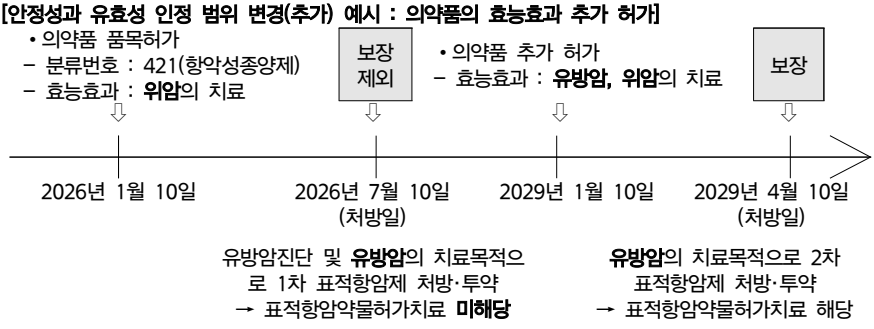
1 제3조(보험금의 지급사유)의 유방암표적항암약물허가치료비는 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

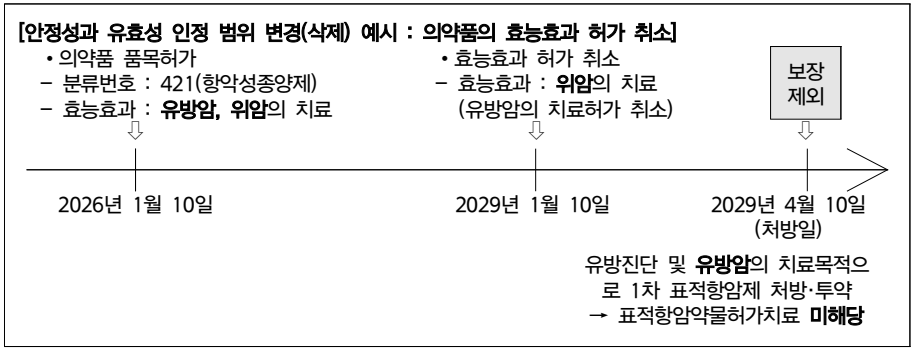
[표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



2 제3조(보험금의 지급사유)에서 "표적항암약물허가치료를 받은 경우"라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[안정성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가]





3 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암 호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “유방암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방암표적항암약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

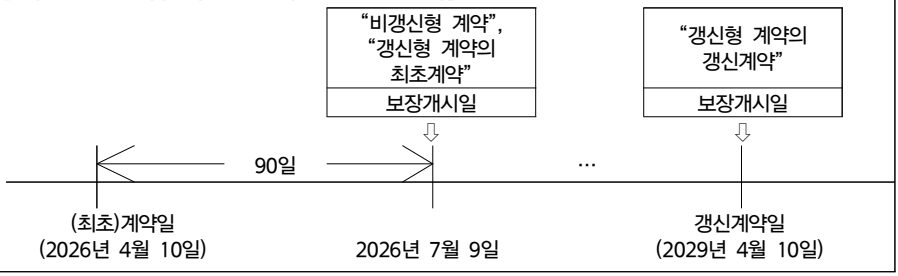
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항

의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 3년 기준)]



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 유방암표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-156. 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형), 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한), Lady갑상선케어패키지(갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를

기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

3 "갑상선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("갑상선암호르몬치료제" 및 "갑상선암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "갑상선암호르몬치료제"란 "갑상선암"으로 수술 후 갑상선자극호르몬을 억제하기 위해 사용되는 치료제로 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행속도를 늦추기 위한 호르몬 관련 약제를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "갑상선암호르몬약물허가치료"라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) (【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "갑상선암" 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 제1항에서 정한 "갑상선암호르몬치료제"를 "안정성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여한 경우를 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안정성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 (다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선암"으로 진단확정되고, 그 "갑상선암"의 수술 후 "갑상선암호르몬약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

2. 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한),
Lady갑상선케어패키지(갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한)) 특별약관
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

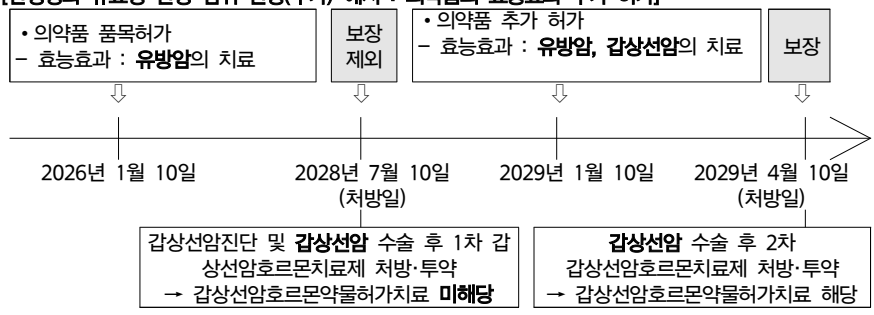
1 제4조(보험금의 지급사유)의 갑상선암호르몬약물허가치료비는 “갑상선암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

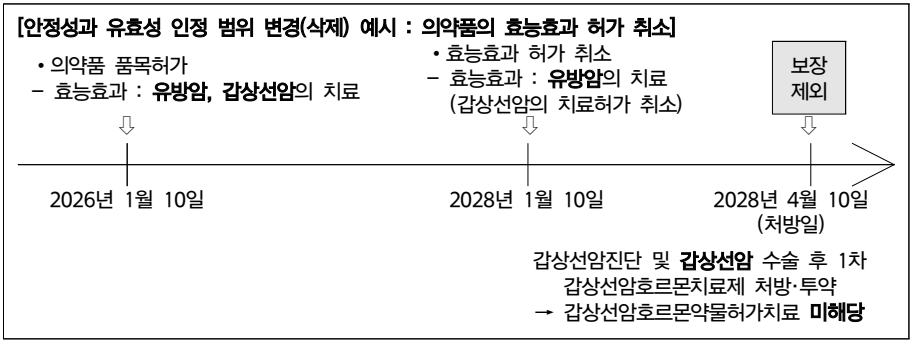
[갑상선암호르몬치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



2 제4조(보험금의 지급사유)에서 “갑상선암호르몬약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “갑상선암호르몬치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조(“갑상선암호르몬치료제” 및 “갑상선암호르몬약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[안정성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가]





3 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 갑상선암호르몬약물치료 증명서
   가. 갑상선암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암호르몬약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-157. 2대질병특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관

제1조("2대질병"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "2대질병"이라 함은 "뇌혈관질환" 및 "허혈성심장질환"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 "2대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "2대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
5 "2대질병"의 "뇌혈관질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
6 "2대질병"의 "허혈성심장질환"의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("2대질병 특정치료"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "2대질병 특정치료"라 함은 "2대질병 수술", "2대질병 혈전용해치료" 및 "2대질병 중환자실치료"를 말합니다.
2 제1항의 "2대질병 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "2대질병"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "2대질병 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "2대질병 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "2대질병 수술"에 포함되지 않습니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "2대질병 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "2대질병 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "2대질병 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "2대질병"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "2대질병 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 2대질병특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "2대질병 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "2대질병 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-158. 경증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관

제1조("경증순환계질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "경증순환계질환"이라 함은 경증순환계질환 분류표(【별표94】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "경증순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "경증순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

③ "경증순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("경증순환계질환 특정치료"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "경증순환계질환 특정치료"라 함은 "경증순환계질환 수술", "경증순환계질환 혈전용해치료" 및 "경증순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.

② 제1항의 "경증순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "경증순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "경증순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제2항 및 제3항의 "경증순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "경증순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "경증순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "경증순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "경증순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "경증순환계질환"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "경증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "경증순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 경증순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "경증순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "경증순환계질환 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-159. 중등증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관

제1조("중등증순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중등증순환계질환"이라 함은 중등증순환계질환 분류표(【별표95】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "중등증순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의

병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "중등증순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "중등증순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("중등증순환계질환 특정치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "중등증순환계질환 특정치료"라 함은 "중등증순환계질환 수술", "중등증순환계질환 혈전용해치료" 및 "중등증순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 "중등증순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중등증순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "중등증순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "중등증순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "중등증순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "중등증순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "중등증순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "중등증순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중등증순환계질환"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중등증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "중등증순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중등증순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "중등증순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "중등증순환계질환 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-160. 중증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관

제1조("중증순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중증순환계질환"이라 함은 중증순환계질환 분류표(【별표96】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "중증순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "중증순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "중증순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영

상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("중증순환계질환 특정치료"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "중증순환계질환 특정치료"라 함은 "중증순환계질환 수술", "중증순환계질환 혈전용해치료" 및 "중증순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.
2 제1항의 "중증순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중증순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "중증순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "중증순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "중증순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "중증순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌

혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "중증순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "중증순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중증순환계질환"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "중증순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중증순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "중증순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "중증순환계질환 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-161. 중등증Ⅱ순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관

제1조("중등증Ⅱ순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중등증Ⅱ순환계질환"이라 함은 중등증Ⅱ순환계질환 분류표(【별표97】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "중등증Ⅱ순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "중등증Ⅱ순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "중등증Ⅱ순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"의 정의 및 장소)
1. 이 특별약관에서 "중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"라 함은 "중등증Ⅱ순환계질환 수술", "중등증Ⅱ순환계질환 혈전용해치료" 및 "중등증Ⅱ순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.
2. 제1항의 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중등증Ⅱ순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
3. 제2항의 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4. 제2항 및 제3항의 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5. 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.
   1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
   2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
   3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
   4. 미용 또는 성형 목적의 수술
   5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
   6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
   7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6. 제1항의 "중등증Ⅱ순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
7. 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
8. 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "중등증Ⅱ순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.
9. 제1항의 "중등증Ⅱ순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중등증Ⅱ순환계질환"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중등증Ⅱ순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중등증Ⅱ순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "중등증Ⅱ순환계질환 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-162. 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(요양병원제외,각연간1회한)(갱신형) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(수술(혈전제거술제외))(요양병원제외,연간1회한)(갱신형)
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전제거술)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형)
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전용해치료)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형)
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(중환자실치료)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형)

제1조("주요순환계질환Ⅰ"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요순환계질환Ⅰ"이라 함은 주요순환계질환Ⅰ 분류표(【별표139】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요순환계질환Ⅰ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "주요순환계질환Ⅰ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "주요순환계질환Ⅰ"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」[별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규

정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("주요순환계질환Ⅰ 특정치료"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "주요순환계질환Ⅰ 특정치료"라 함은 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)", "주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술", "주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료" 및 "주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "주요순환계질환Ⅰ"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 단, 혈전제거술은 제외합니다.

3 제2항의 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 또는 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하여 혈관으로부터 혈전을 제거하는 치료법을 말합니다. 단, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

7 제1항의 "주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료"라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

8 제7항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

9 제7항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)은 "주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

⑩ 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “주요순환계질환Ⅰ”의 치료를 목적으로 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 “주요순환계질환Ⅰ 특정치료”를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 주요순환계질환Ⅰ특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간		갱신계약
	1년 미만	1년 이상	
“주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”을 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(수술(혈전제거술제외))(요양병원제외,연간1회한)(갱신형) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(수술(혈전제거술제외))(요양병원제외,연간1회한)(갱신형) 보험가입금액	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(수술(혈전제거술제외))(요양병원제외,연간1회한)(갱신형) 보험가입금액
“주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술”을 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전제거술)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전제거술)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형) 보험가입금액	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전제거술)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형) 보험가입금액
“주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전용해치료)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전용해치료)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전용해치료)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형)의 보험가입금액
“주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(중환자실치료)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(중환자실치료)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형) 보험가입금액	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(중환자실치료)(요양병원제외,연간1회한)(갱신형) 보험가입금액

② 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “주요순환계질환Ⅰ 특정치료”를 받은 날로 합니다. 다만, “주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-163. 2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관성형수술비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조(“2대주요기관질병”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “2대주요기관질병”이라 함은 “뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양” 및 “심장질환”을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양”이라 함은 2대주요기관질병 분류표(【별표56】 참조)의 구분 중 뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국

표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 “심장질환”이라 함은 2대주요기관질병 분류표(【별표56】 참조)의 구분 중 심장질환에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 “2대주요기관질병”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 “2대주요기관질병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

5 “2대주요기관질병”의 뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양 중 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

6 “2대주요기관질병”의 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술”의 정의)

1 이 특별약관에서 “급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술 분류표(【별표57】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술 분류표(【별표57】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술” 이외에 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술 분류표(【별표57】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양” 또는 “심장질환”으로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 “급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술”을 받은 경우 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관성형수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액	지급한도
“뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양”	이 특별약관의 보험가입금액	연간1회한
“심장질환”	이 특별약관의 보험가입금액	연간1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간		지급한도
	1년 미만	1년 이상	
“뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양”	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간1회한
“심장질환”	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간1회한

2 제1항의 2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관성형수술비는 “급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술”의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양” 및 “심장질환” 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도

래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술”을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-164. 혈전제거치료비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“특정심장질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정심장질환”이라 함은 특정심장질환 분류표(【별표58】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “특정심장질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(“급여 뇌졸중 혈전제거술”의 정의)

1 이 특별약관에서 “급여 뇌졸중 혈전제거술”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 뇌졸중 혈전제거술 분류표(【별표59】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 뇌졸중 혈전제거술 분류표(【별표59】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 뇌졸중 혈전제거술" 이외에 급여 뇌졸중 혈전제거술 분류표(【별표59】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제4조("급여 특정심장질환 혈전제거술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정심장질환 혈전제거술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정심장질환 혈전제거술 분류표(【별표60】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 특정심장질환 혈전제거술 분류표(【별표60】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정심장질환 혈전제거술" 이외에 급여 특정심장질환 혈전제거술 분류표(【별표60】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "급여 뇌졸중 혈전제거술"을 받는 경우 또는 "특정심장질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "급여 특정심장질환 혈전제거술"을 받은 경우 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전제거치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액	지급한도
"급여 뇌졸중 혈전제거술"	이 특별약관의 보험가입금액	연간1회한
"급여 특정심장질환 혈전제거술"	이 특별약관의 보험가입금액	연간1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간		지급한도
	1년 미만	1년 이상	
"급여 뇌졸중 혈전제거술"	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간1회한
"급여 특정심장질환 혈전제거술"	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간1회한

2 제1항의 혈전제거치료비는 "급여 뇌졸중 혈전제거술" 및 "급여 특정심장질환 혈전제거술"의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 뇌졸중 혈전제거술" 및 "급여 특정심장질환 혈전제거술"을 받은 날로 합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-165. 뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "혈전용해치료"라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 제1항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "혈전용해치료"에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액	지급한도
이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "혈전용해치료"를 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-166. 뇌졸중혈전용해치료비(1회한) 특별약관

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류 기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("혈전용해치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "혈전용해치료"라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
3 제1항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "혈전용해치료"에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액
이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "혈전용해치료"를 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중혈전용해치료비을 지급한 경우에는, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-167. 뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관

제1조("뇌경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌경색증"이라 함은 뇌경색증 분류표(【별표115】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "혈전용해치료"라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 제1항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “혈전용해치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌경색증혈전용해치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-168. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(“특정급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “특정급성심근경색증”이라 함은 특정급성심근경색증 분류표(【별표122】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 “특정급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“혈전용해치료”의 정의)
1 이 특별약관에서 “혈전용해치료”라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
2 제1항의 “혈전용해제”라 함은 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
3 제1항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “혈전용해치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정급성심근경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액	지급한도
이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “혈전용해치료”를 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-169. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관

제1조(“특정급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정급성심근경색증”이라 함은 특정급성심근경색증 분류표(【별표122】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “특정급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “혈전용해치료”라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 “혈전용해제”라 함은 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 제1항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “혈전용해치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치

료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정급성심근경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정급성심근경색증혈전용해치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-170. 특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한), Lady유방케어패키지(특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“여성 특정유방질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “여성 특정유방질환”이라 함은 여성 특정유방질환 분류표(【별표61】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 여성 특정유방질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 유방의 비대(N62)

2 “여성 특정유방질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “여성 특정유방질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(“초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술”의 정의)

이 특별약관에서 “초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술”이라 함은 유방 양성병변의 조직검사 또는 치료를 목적으로 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하여 절제하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “여성 특정유방질환”으로 진단확정되고 “여성 특정유방질환”의 조직검사 또는 치료를 직접적인 목적으로 “초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정유방병변진공흡인절제치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정유방병변진공흡인절제치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-171. 갑상선바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여), Lady갑상선케어패키지(갑상선바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("급여 갑상선바늘생검조직병리검사"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 갑상선바늘생검조직병리검사 분류표(【별표62】 참조)에서 정한 진료행위(이하 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항의 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사"는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 "급여 갑상선바늘생검조직병리검사"가 필요하다고 인정된 경우로서 갑상선의 영상의학적 검사, 혈액 검사, 신체 검사 등을 기초로

하여야 합니다. 또한, 회사가 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준”을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 갑상선바늘생검조직병리검사 분류표(【별표62】 참조)에서 정한 진료행위 외에 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 갑상선바늘생검조직병리검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 갑상선바늘생검조직병리검사비는 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”를 받은 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 갑상선바늘생검조직병리검사”를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 병리검사결과지, 진료비계산서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-172. 유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여), Lady유방케어패키지(유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“급여 유방바늘생검조직병리검사”의 정의)

1 이 특별약관에서 “급여 유방바늘생검조직병리검사”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “급여 유방바늘생검조직병리검사”로 인정하는 기준에 해당하는

경우로서, 급여 유방바늘생검조직병리검사 분류표(【별표63】 참조)에서 정한 진료행위(이하 “급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항의 “급여 유방바늘생검조직병리검사”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 “급여 유방바늘생검조직병리검사”가 필요하다고 인정된 경우로서 유방의 영상의학적 검사, 혈액 검사, 신체 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “급여 유방바늘생검조직병리검사”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준”을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 유방바늘생검조직병리검사 분류표(【별표63】 참조)에서 정한 진료행위 외에 “급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급여 유방바늘생검조직병리검사”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방바늘생검조직병리검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 유방바늘생검조직병리검사비는 “급여 유방바늘생검조직병리검사”를 받은 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 유방바늘생검조직병리검사”를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 병리검사결과지, 진료비계산서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-173. 자궁근종고강도초음파집속술(HIFU)치료비(1회한), Lady자궁난소케어패키지(자궁근종고강도초음파집속술(HIFU)치료비(1회한)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("자궁근종"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "자궁근종"이라 함은 자궁근종 분류표(【별표64】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "자궁근종"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "자궁근종"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("고강도초음파집속술(HIFU)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "고강도초음파집속술(HIFU)"라 함은 "자궁근종"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록)에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	코드
1. 자기공명영상유도 하 고강도초음파집속술(자궁근종)	RZ565
2. 초음파 유도하 고강도초음파집속술(자궁근종, 자궁선근증)	RZ566

[고강도초음파집속술(HIFU)]
고강도의 초음파에너지를 한 곳에 모을 때 초점에서 발생하는 고열을 이용해 자궁근종, 자궁선근종 조직을 태워 없애는 치료방법

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 "고강도초음파집속술(HIFU)"에 해당하는 진료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 "고강도초음파집속술(HIFU)"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "고강도초음파집속술(HIFU)"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "자궁근종"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "고강도초음파집속술(HIFU)"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 고강도초음파집속술(HIFU)치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일로부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 고강도초음파집속술(HIFU)치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)은 준용하지 않습니다.

2-174. 특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("특정뇌동맥질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정뇌동맥질환"이라 함은 특정뇌동맥질환 분류표(【별표65】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "특정뇌동맥질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정뇌동맥질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "특정뇌동맥질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조("급여 혈관색전술"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "급여 혈관색전술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 혈관색전술"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 혈관색전술 분류표(【별표66】 참조)에서 정한 진료행위(이하 "급여 혈관색전술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 다만, "특정뇌동맥질환" 이외의 척추혈관, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형에 대해 "급여 혈관색전술"을 받은 경우 및 "급여 혈관색전술"을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 제1항의 "급여 혈관색전술"은 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 진료행위에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 혈관색전술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여

혈관색전술 인정기준"을 따릅니다.
4 제3항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정뇌동맥질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "급여 혈관색전술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정뇌동맥질환 혈관색전술치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액	지급한도
이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 특정뇌동맥질환혈관색전술치료비는 "급여 혈관색전술"을 받은 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 혈관색전술"을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술기록지, 수술확인서 등)
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-175. 관상동맥성형술치료비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("급여 관상동맥성형술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 관상동맥성형술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 관상동맥성형술"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 관

상동맥성형술 분류표(【별표67】 참조)에서 정한 진료행위(이하 “급여 관상동맥성형술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다. 다만, “급여 관상동맥성형술”을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우 및 도관을 이용한 약물주입은 보장에서 제외합니다.

2 제1항의 “급여 관상동맥성형술”은 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “의사”의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 진료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 관상동맥성형술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 관상동맥성형술 인정기준”을 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 관상동맥성형술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 관상동맥성형술치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액	지급한도
이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 관상동맥성형술치료비는 “급여 관상동맥성형술”을 받은 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 관상동맥성형술”을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외)

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술기록지, 수술확인서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시

급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-176. 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표(【별표68】 참조)에서 정한 진료행위(이하 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 다만, "급여 심장부정맥 고주파·냉각절제술"을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

2 제1항의 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"은 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 진료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 인정기준"을 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액	지급한도
이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비는 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"을 받은 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도

래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 심장부정맥고주파·냉각절제술”을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외)

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술기록지, 수술확인서 등) (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-177. 특정여성생식기탈출치료비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조(“특정여성생식기탈출”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정여성생식기탈출”이라 함은 특정여성생식기탈출 분류표(【별표116】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “특정여성생식기탈출”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “특정여성생식기탈출”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("급여 특정여성생식기탈출치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정여성생식기탈출치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 특정여성생식기탈출치료"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "급여 특정여성생식기탈출치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 질탈교정술(수술적치료)-복부접근-개복술	R4111
2. 질탈교정술(수술적치료)-복부접근-복강경하	R4114
3. 질탈교정술(수술적치료)-질부접근-복막외	R4115
4. 질탈교정술(수술적치료)-질부접근-복막내	R4116
5. 질탈교정술(수술적치료)-비수술적치료[질페사리삽입술]	R4113
6. 질벽봉합술[분만시제외,치료목적]-전질벽 성형-방광류 동반	R0408
7. 질벽봉합술[분만시제외,치료목적]-전질벽 성형-방광류 동반치 않는 경우	R0409
8. 질벽봉합술[분만시제외,치료목적]-후질벽및회음성형-직장류 동반	R0410
9. 질벽봉합술[분만시제외,치료목적]-후질벽및회음성형-직장류 동반치 않는 경우	R0411
10. 질벽봉합술[분만시제외,치료목적]-전질벽,후질벽및회음성형-방광류및직장류동반	R0412
11. 질벽봉합술[분만시제외,치료목적]-전질벽,후질벽및회음성형-방광류및직장류 동반치 않는 경우	R0413
12. 직장질루교정술-질부조작	R4085
13. 직장질루교정술-경항문 혹은 경회음부 조작	R4086
14. 직장질루교정술-복부조작	R4087
15. 자궁탈근본수술-질식자궁전적출술	R4202
16. 자궁탈근본수술-질식자궁전적출술 및 질벽봉합술	R4203
17. 자궁탈근본수술-Manchester 수술	R4204
18. 자궁위치교정술-알렉산더수술 또는 도래리수술	R4211
19. 자궁위치교정술-유착성자궁위치이상박리교정술	R4212
20. 자궁거상술	R4215

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정여성생식기탈출치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정여성생식기탈출치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정여성생식기탈출치료" 외에 "급여 특정여성생식기탈출치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정여성생식기탈출"로 진단확정되고 "급여 특정여성생식기탈출치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정여성생식기탈출치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 특정여성생식기탈출치료비는 "특정여성생식기탈출치료"의 직접적인 원인, 종류 및 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등

(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-178. 식사장애입원직접치료비(4일이상,연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조("식사장애"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "식사장애"라 함은 식사장애 분류표(【별표117】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "식사장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5) 등의 진단기준을 근거로 정신과적 진단도구를 이용하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "식사장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "식사장애"의 직접적인 치료를 목적으로 한 "입원"이란 의사에 의해 "식사장애"로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "식사장애"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "식사장애"를 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "식사장애"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "식사장애"로 진단된 경우에 이는 이를 "식사장애"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "식사장애"로 진단확정되고 그 식사장애의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 정신건강의학과에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 식사장애입원직접치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

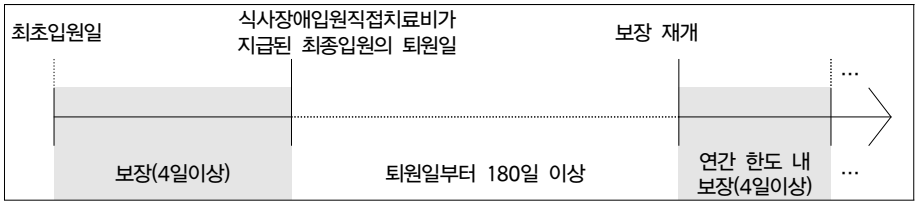
2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 입원개시일로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 식사장애입원직접치료비는 연간 개시한 식사장애 입원횟수를 기준으로 최대 1회 한도로 지급합니다.

2 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 정신건강의학과에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 정신건강의학과에 입원한 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 식사장애입원직접치료비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다.



4 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 식사장애입원직접치료비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 제2항의 “계속입원”이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 정신건강의학과에 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

7 피보험자가 정신건강의학과 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 정신건강의학과로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

8 피보험자가 정신건강의학과에 입원하여 치료를 받던 중 정신건강의학과 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 정신건강의학과의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신건강의학과 전문의 이외의 의사(치과의사 및 한의사 포함)에 의해 진단이 확정된 경우
2. 정신건강의학과 이외의 진료과에서 입원치료를 받은 경우

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-179. 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책,연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조("독감(인플루엔자)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "독감(인플루엔자)"이라 함은 독감(인플루엔자) 분류표(【별표69】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "독감(인플루엔자)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "독감(인플루엔자)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 이 특별약관에서 "독감 항바이러스제"라 함은 "독감(인플루엔자)"의 직접적인 치료를 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

["독감 항바이러스제" 해당 성분명 안내]

- 성분명은 효능효과를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.
  - 오셀타미비르(oseltamivir)
  - 자나미비르(zanamivir)
  - 페라미비르(peramivir)
  - 발록사비르(baloxavir)

  ※ 상기 "독감 항바이러스제" 해당 성분명은 2020년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제3조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "독감(인플루엔자)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "독감 항바이러스제"를 처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

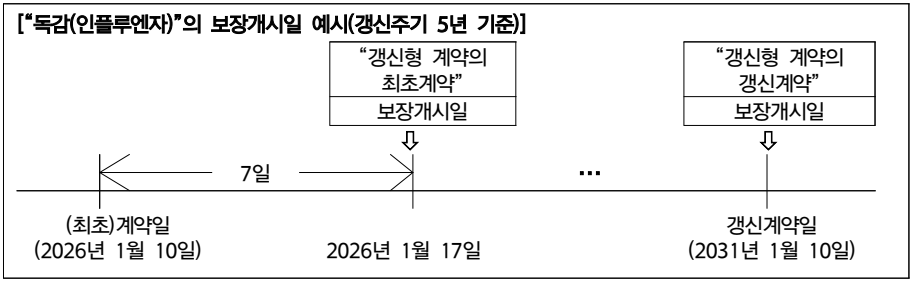
지급금액			지급한도
최초계약		갱신계약	
계약일로부터 경과기간			
7일 이하	7일 초과		
-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비는 치료의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "독감 항바이러스제"를 처방받은 날로 합니다.

제3조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “독감(인플루엔자)”에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 7일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 “독감(인플루엔자)”에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(“독감 항바이러스제” 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비 계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 7일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-180. 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

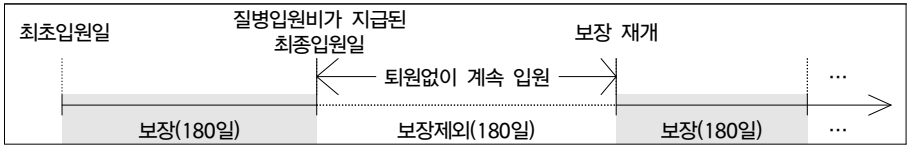
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입

원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-181. 질병입원비(1일이상180일한도,임신및출산포함) 특별약관

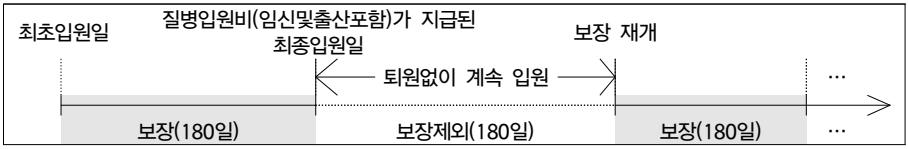
제1조("임신및출산"의 정의)
이 특별약관에서 "임신, 출산 및 산후기 질병"이라 함은 임신, 출산 및 산후기 질병 분류표(【별표118】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 "임신, 출산 및 산후기 질병"을 제외한 질병 또는 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 "임신, 출산 및 산후기 질병"으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병입원비(임신및출산포함)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 질병입원비(임신및출산포함)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
"임신, 출산 및 산후기 질병"으로 입원한 경우	-	이 특별약관의 보험가입금액
"임신, 출산 및 산후기 질병" 이외 질병으로 입원한 경우	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비(임신및출산포함)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비(임신및출산포함)가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비(임신및출산포함)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비(임신및출산포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 계약일부터 1년이내에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

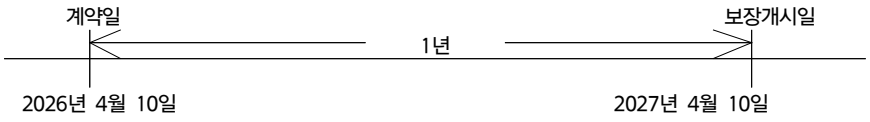
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 치과질환

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 다음을 따릅니다.

1. “임신, 출산 및 산후기 질병”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



2. “임신, 출산 및 산후기 질병”을 제외한 질병에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. “임신, 출산 및 산후기 질병”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. “임신, 출산 및 산후기 질병” 이외의 질병 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-182. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

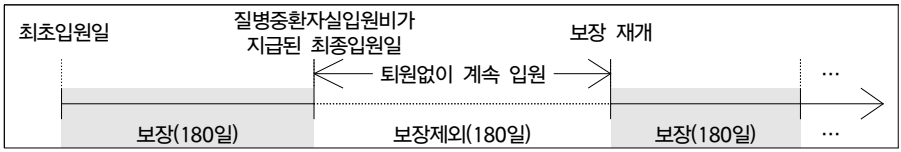
이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을

말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병

8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

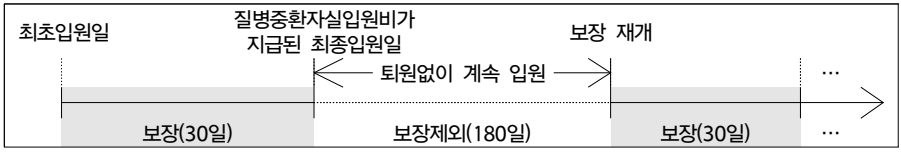
2-183. 질병중환자실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적

으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-184. 질병중환자실입원비(1일이상10일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

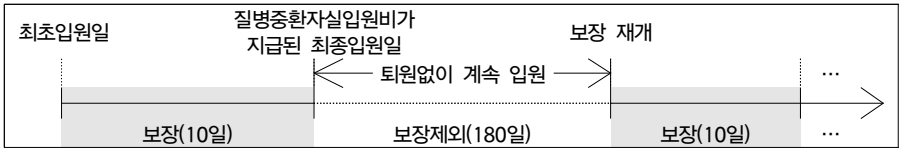
제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게

지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

7 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

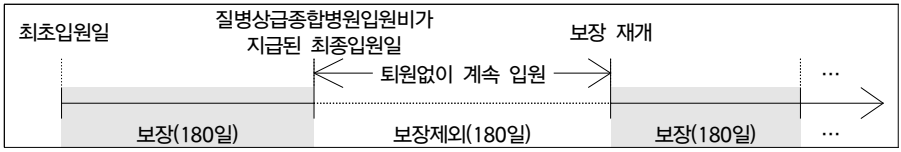
2-185. 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

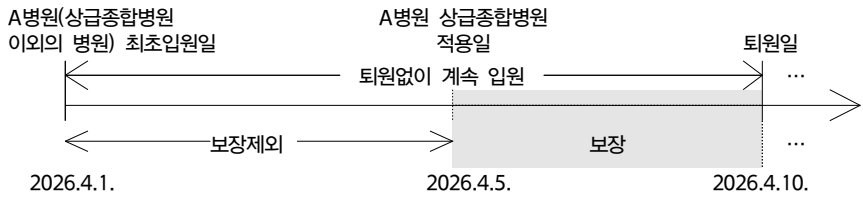
제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



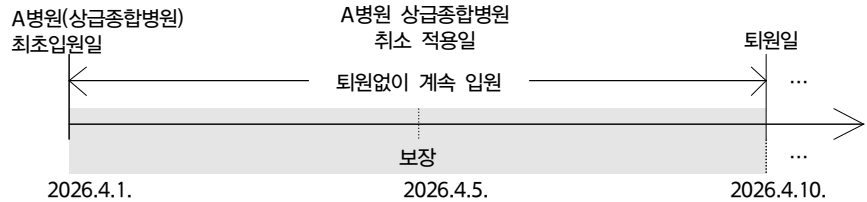
3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병상급종합병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
8 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환

급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

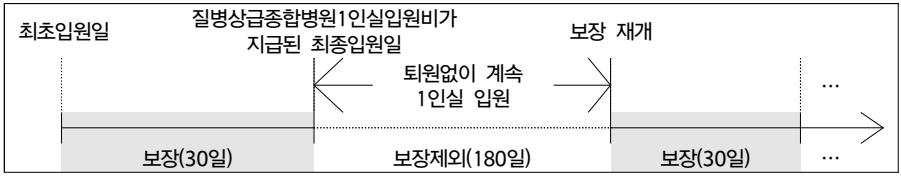
2-186. 질병상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

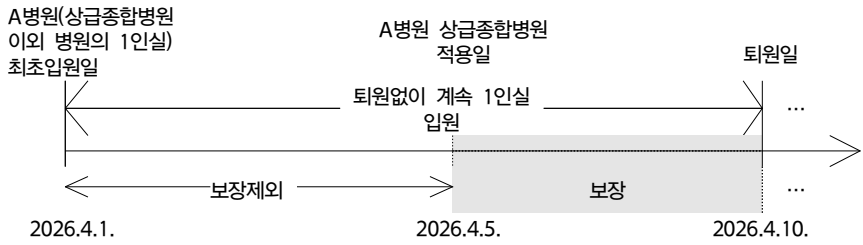
제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원1인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원1인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1. 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2. 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병상급종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



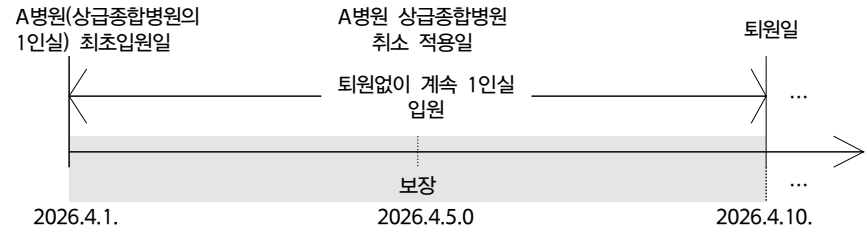
3. 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병상급종합병원1인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5. 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6. 피보험자가 상급종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7. 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 1인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
8. 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외 병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



10 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

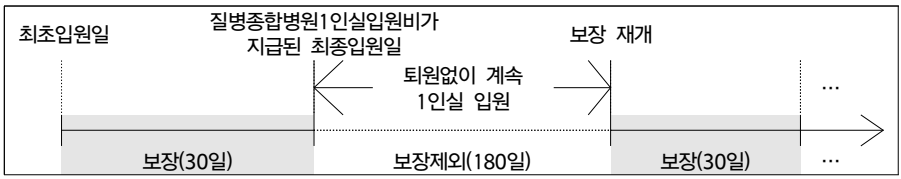
2-187. 질병종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합병원1인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병종합병원1인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

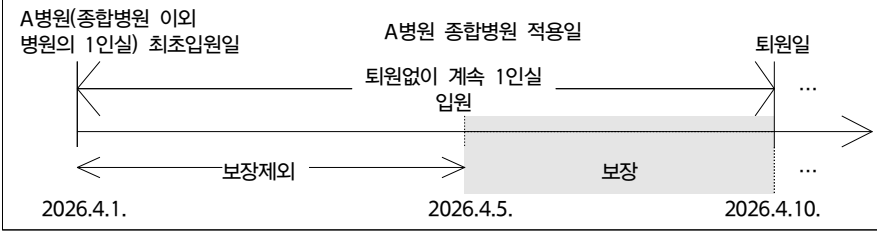
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병종합병원1인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원의 1인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
8 피보험자가 종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원으로 지정

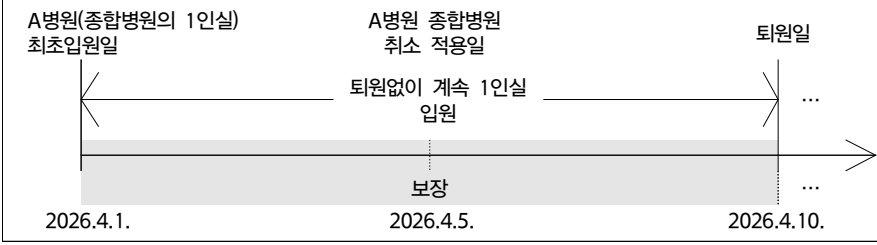
이 된 경우 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외 병원의 1인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원의 1인실 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



10 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

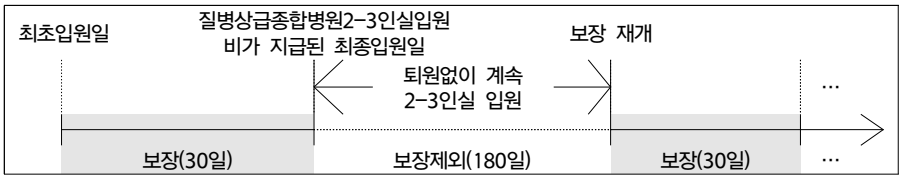
2-188. 질병상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원2-3인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원2-3인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

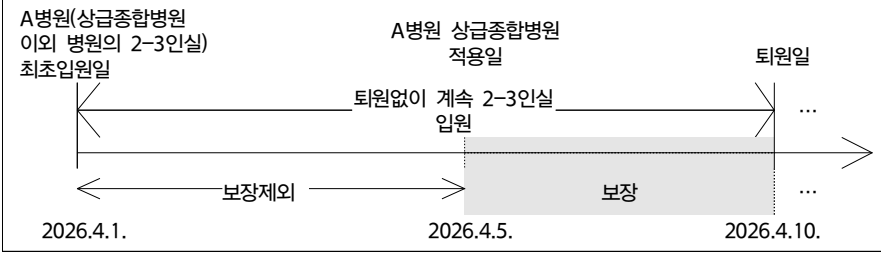
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병상급종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병상급종합병원2-3인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 2-3인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
8 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원

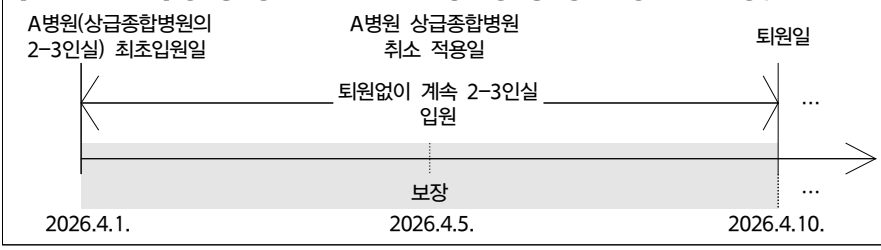
으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외 병원의 2-3인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원의 2-3인실 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선

택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

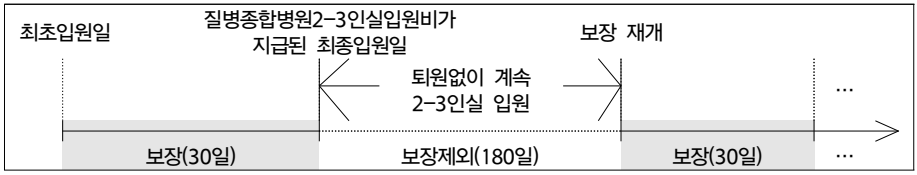
2-189. 질병종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합병원2-3인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병종합병원2-3인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

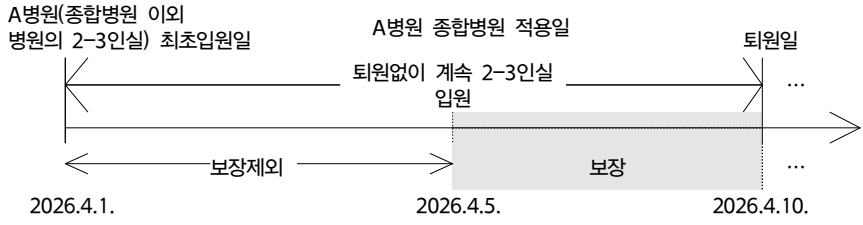


3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병종합병원2-3인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 종합병원의 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원의 2-3인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보

장합니다.

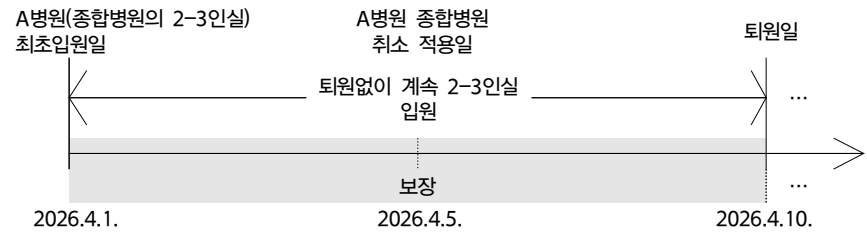
8 피보험자가 종합병원 이외 병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원으로 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외 병원의 2-3인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원의 2-3인실 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-190. 간병인사용질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

구분	간병인사용질병입원비Ⅱ (1일이상180일한도) 특별약관
간병인사용질병입원비 (요양병원제외) 세부보장	간병인사용질병입원비Ⅱ(요양병원제외, 1일이상180일한도)
간병인사용질병입원비 (요양병원) 세부보장	간병인사용질병입원비Ⅱ(요양병원, 1일이상180일한도)
간병인사용질병입원비 (간호간병통합서비스) 세부보장	간병인사용질병입원비Ⅱ(간호간병통합서비스, 1일이상180일한도)

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용질병입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	1일당 지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인사용질병입원비(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	간병인사용질병입원비(요양병원제외) 세부보장의 보험가입금액

2 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]
· 보험가입금액 : 2만원
① 간병인 사용일 및 금액:
2026년 4월 10일 ~ 4월 17일, 총 88만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 11만원(7만원 이상 해당)
2만원 × 8일 = 16만원 지급

② 간병인 사용일 및 금액:
2026년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 간병인사용질병입원비(요양병원) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용질병입원비(요양병원)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

5 제1항 내지 제3항의 “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

6 이 특별약관에서 “간병서비스”란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 제4항의 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

7 제5항의 “사업자”는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

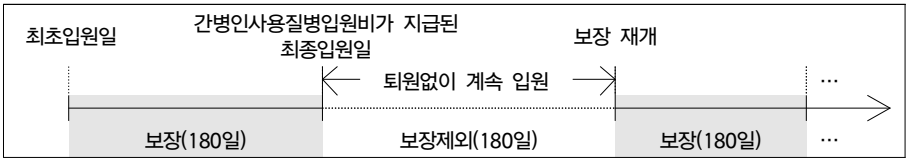
1 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급합니다.

2 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용질병입원

비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



5 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

6 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7 제3항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

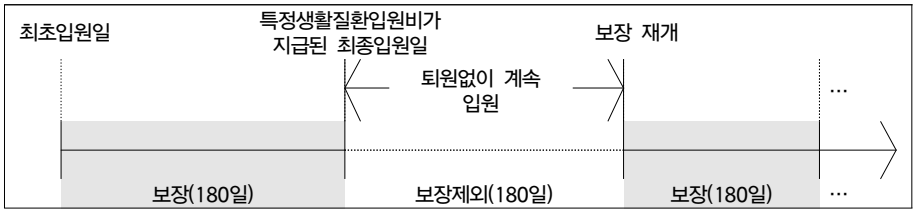
2-191. 특정생활질환입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조("특정생활질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정생활질환"이라 함은 특정생활질환 분류표(【별표169】 참조)에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정생활질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정생활질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "특정생활질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 "입원"이란 의사에 의해 "특정생활질환"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "특정생활질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "특정생활질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "특정생활질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "특정생활질환"으로 진단된 경우에 이는 "특정생활질환"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정생활질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정생활질환입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 특정생활질환입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 특정생활질환입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 특정생활질환입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 특정생활질환입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 특정생활질환입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-192. 암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ (요양병원제외,1일이상180일한도) 특별약관

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
7 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"라 함은 "암(4대유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

2 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, "암(4대유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
3 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"에 아래 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 "암(4대유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암(4대유사암포함)"이나 "암(4대유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

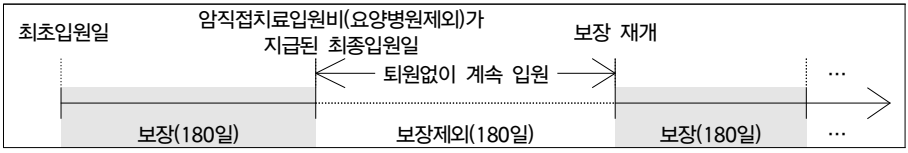
4 제3항에도 불구하고, 아래 사항은 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"로 봅니다.
1. "암(4대유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 "암(4대유사암포함)"이나 "암(4대유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기환자에 대한 치료

[말기환자]
적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준)【부록】 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(4대유사암포함)"으로 진단확정되고 그 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	계약일로부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
"암"으로 입원시	–	이 특별약관의 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 20%	
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	

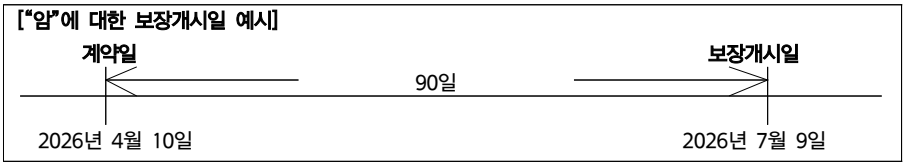
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제6조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)
1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



2 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "암"에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-193. 암(4대유사암포함)요양병원입원비Ⅱ(1일이상90일한도) 특별약관

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
  - C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

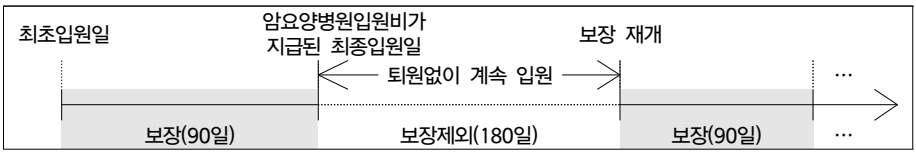
8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(4대유사암포함)"으로 진단확정되고 그 "암(4대유사암포함)"의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

구 분	계약일로부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
"암"으로 입원시	-	이 특별약관의 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 20%	
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 암요양병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

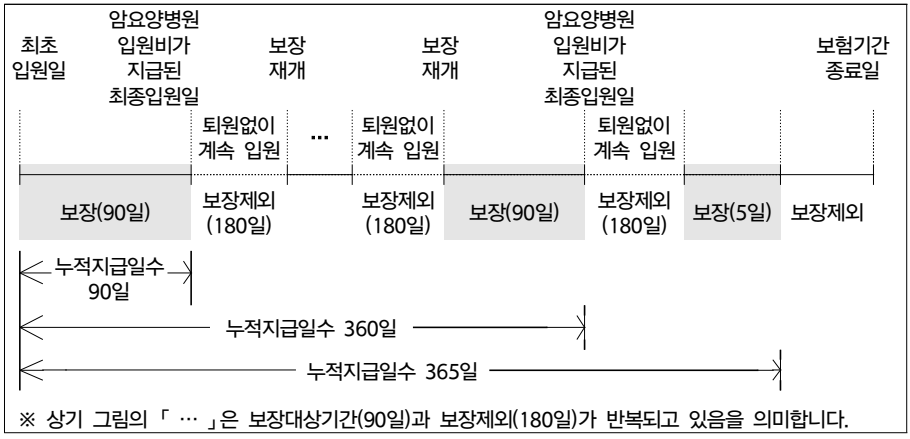


3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입

원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 가입일부터 지급된 암요양병원입원비의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과한 경우에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 종료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원비는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.



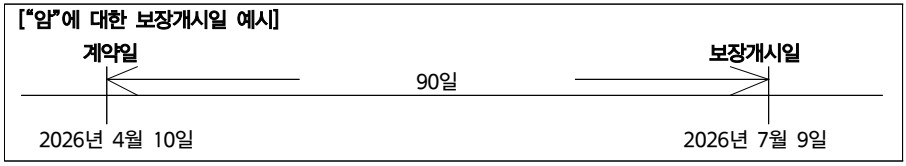
※ 상기 그림의 「 … 」은 보장대상기간(90일)과 보장제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



2 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "암"에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선

택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

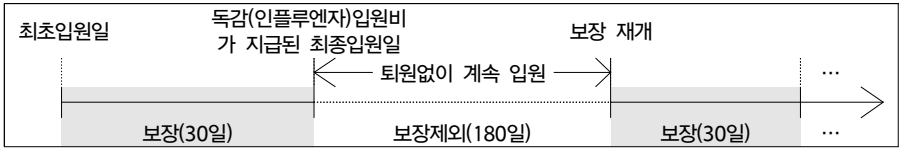
2-194. 독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("독감(인플루엔자)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "독감(인플루엔자)"이라 함은 독감(인플루엔자) 분류표(【별표69】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "독감(인플루엔자)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "독감(인플루엔자)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "독감(인플루엔자)"의 직접적인 치료를 목적으로 한 "입원"이란 의사에 의해 "독감(인플루엔자)"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "독감(인플루엔자)"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "독감(인플루엔자)"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "독감(인플루엔자)"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "독감(인플루엔자)"으로 진단된 경우에 이는 "독감(인플루엔자)"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "독감(인플루엔자)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 독감(인플루엔자)입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 독감(인플루엔자)입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 독감(인플루엔자)입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 독감(인플루엔자)입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 독감(인플루엔자)입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 독감(인플루엔자) 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항에서 "계속입원"이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-195. 암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
7 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의

병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("통원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"라 함은 "암(4대유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

2 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, "암(4대유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"에 아래 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암(4대유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암(4대유사암포함)"이나 "암(4대유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 아래 사항은 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. "암(4대유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 "암(4대유사암포함)"이나 "암(4대유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기환자에 대한 치료

[말기환자]
적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준)(【부록】 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(4대유사암포함)"으로 진단확정되고 그 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"를 목적으로 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 아래의 금액을 암직접치료통원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비의 지급횟수는 "암", "갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양" 각각(이하 "각 세부보장별"이라 합니다) 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	계약일로부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
“암”으로 통원시	–	이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 통원시	이 특별약관의 보험가입금액	

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 암직접치료통원비는 통원치료의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 각 세부보장별 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “암(4대유사암포함)”의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

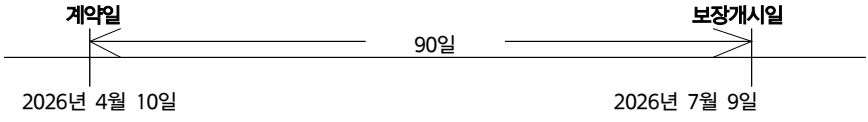
제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[“암”에 대한 보장개시일 예시]



2 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. “암”에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-196. 암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비 특별약관

제1조(“암(4대유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 “암(4대유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암(4대유사암포함)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“통원”의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(“암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”의 정의)
1 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”라 함은 “암(4대유사암포함)”을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

2 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, “암(4대유사암포함)”을 제거

하거나 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”에 아래 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암(4대유사암포함)”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암(4대유사암포함)”이나 “암(4대유사암포함)” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 아래 사항은 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. “암(4대유사암포함)”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 “암(4대유사암포함)”이나 “암(4대유사암포함)” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기환자에 대한 치료

[말기환자]
적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준)(【부록】 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

제4조(“상급종합병원”의 정의)
이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 아래의 금액을 암직접치료상급종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료상급종합병원통원비의 지급횟수는 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 각각(이하 “각 세부보장별”이라 합니다) 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	계약일로부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
“암”으로 통원시	-	이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 통원시	이 특별약관의 보험가입금액	

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제5조(보험금의 지급사유)에 정한 암직접치료상급종합병원통원비의 지급일수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

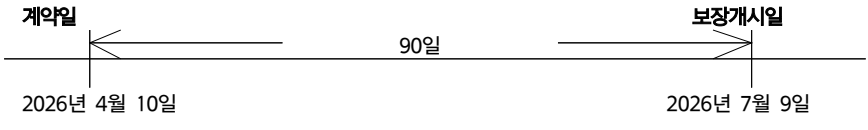
3 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제7조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

["암"에 대한 보장개시일 예시]



2 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "암"에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-197. 뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 한 "통원"이란 의사에 의해 "뇌혈관질환"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "뇌혈관질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "뇌혈관질환"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 "뇌혈관질환"의 직접

적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 뇌혈관질환통원비는 통원치료의 원인 및 직접치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-198. 허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 한 "통원"이란 의사에 의해 "허혈성심장질환"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "허혈성심장질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "허혈성심장질환"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단확정되고 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 허혈성심장질환통원비는 통원치료의 원인 및 직접치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-199. 질병MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조 ("급여 MRI촬영검사"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 MRI촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 MRI촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 MRI촬영검사 인정기준"을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 MRI촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 MRI촬영검사"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병MRI촬영검사비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 질병MRI촬영검사비는 "급여 MRI촬영검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 MRI촬영검사"를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 진료비계산서, 진료기록부 등 (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-200. 질병CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조 (“급여 CT촬영검사”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “급여 CT촬영검사”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 CT촬영검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
전산화단층영상진단	다-245

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 “급여 CT촬영검사”는 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 CT촬영검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 CT촬영검사 인정기준”을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 “급여 CT촬

영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 CT촬영검사"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병CT촬영검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 질병CT촬영검사비는 "급여 CT촬영검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 CT촬영검사"를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00-P96)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 진료비계산서, 진료기록부 등 (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-201. 유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한), 유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한)(갱신형), Lady유방케어패키지(유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한)) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("유방암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "유방암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

2 "유방암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "유방암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("유방암예후예측검사"의 정의)

1 이 특별약관에서 "유방암예후예측검사"라 함은 "유방암" 진단 후 유방암의 예후 예측을 위하여 유방암 조직에서 다른 유전자의 활성도를 측정, 분석하는 유전자검사로 온코타입 Dx(Oncotype DX), 맘마프린트(Mammaprint) 등에 준하는 검사를 말합니다.

[유방암예후예측검사]
유방암 진단 후 해당 유방암의 활성도를 예측하기 위해 유방암의 예후 예측에 사용되는 유전자를 이용하여 개인별 유전 정보에 바탕을 두고 유방암의 추후 재발 위험도나 항암약물 치료 반응에 대한 예측을 결정하는 기초자료가 되는 검사를 말합니다.
(단, 혈액검사 등을 통한 암에 대한 위험도를 예측하는 검사는 해당되지 않습니다.)

[유방암예후예측검사(예시)]
- 온코타입 Dx(Oncotype DX), 맘마프린트(Mammaprint), 엔도프레딕트(Endopredict), 온코프리(OncoFree), 진스웰 BCT 등에 준하는 유방암 조직을 이용한 검사인 경우
- BRCA gene, 혈액검사, 모발검사 등에 준하는 유전자검사는 해당되지 않음.

2 제1항의 "유방암예후예측검사"는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 시행되어야 하며, "유방암예후예측검사"가 필요하다고 인정된 경우로서 유방암의 호르몬수용체 유무, 림프절 전이 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "유방암"으로 진단확정되고, "유방암예후예측검사"를 시행한 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방암예후예측검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한), Lady유방케어패키지(유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한)) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한)(갱신형) 특별약관

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관의 보험가입금액	

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

최초계약			갱신계약
계약일로부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 병리검사결과지 등)
3. 검사결과지(유방암예후예측검사의 시행여부를 입증할 수 있는 서류)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "유방암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

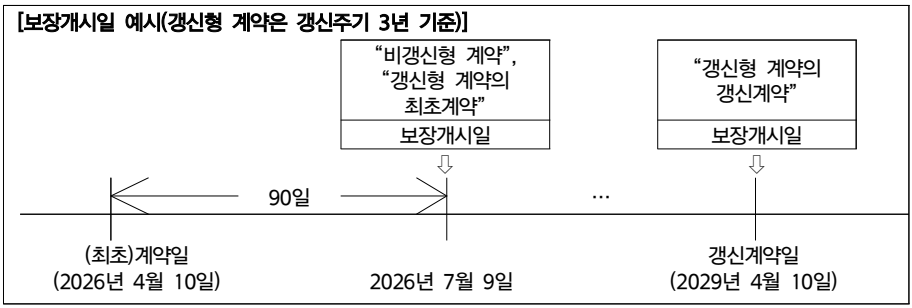
① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방암예후예측검사비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산

은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)
제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 유방암예후예측검사비(특정유전자,1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-202. 특정수면검사(수면다원,다중수면잠복기)지원비 (연간1회한,급여)(갱신형) 특별약관

제1조("급여 특정수면검사(수면다원,다중수면잠복기)"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 특정수면검사(수면다원,다중수면잠복기)"라 함은 "급여 수면다원검사" 및 "급여 다중수면잠복기검사"를 말합니다.
2 이 특별약관에서 "급여 수면다원검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 수면다원검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
· 수면다원검사 Polysomnography	F6290

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "급여 다중수면잠복기검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 다중수면잠복기검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
·다중수면잠복기검사 Multiple Sleep Latency Test	FZ702

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

4 제2항 및 3항의 "급여 수면다원검사" 및 "급여 다중수면잠복기검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 수면다원검사 인정기준" 및 "급여 다중수면잠복기검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 수면다원검사 인정기준" 및 "급여 다중수면잠복기검사 인정기준"을 따릅니다.

6 제2항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항 및 제3항에서 정한 진료행위 외에 "급여 수면다원검사 인정기준" 및 "급여 다중수면잠복기검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 특정수면검사(수면다원,다중수면잠복기)"를 받은 경우에는 "급여 수면다원검사" 및 "급여 다중수면잠복기검사" 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정수면검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	최초계약 계약일로부터 경과기간		갱신계약	지급한도
	1년 미만	1년 이상		
"급여 수면다원검사"	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액		연간 1회한
"급여 다중수면잠복기검사"	이 특별약관의 보험가입금액의 25%	이 특별약관의 보험가입금액의 50%		

2 제1항의 특정수면검사지원비는 "급여 수면다원검사" 및 "급여 다중수면잠복기검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 특정수면검사(수면다원,다중수면잠복기)"를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 진료비계산서, 진료기록부 등 (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-203. 출산지원금(세부보장별각1회한), 출산지원금(세부보장별각1회한)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 출산지원금(세부보장별각1회한)
 - 출산지원금(첫번째)
 - 출산지원금(두번째)
 - 출산지원금(세번째)
2. 출산지원금(세부보장별각1회한)(갱신형)
 - 출산지원금(첫번째)(갱신형)
 - 출산지원금(두번째)(갱신형)
 - 출산지원금(세번째)(갱신형)

제1조("출산" 등의 정의)

1 이 특별약관에서 "출산"이라 함은 보험기간 중에 피보험자가 임신하여 자녀를 출산한 경우를 말하며, 계약일 이전에 이미 출산한 자녀가 있다고 하더라도 계약일 이후에 발생한 출산만 "출산"으로 봅니다.

2 이 특별약관에서 "첫 번째 출산"이라 함은 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 "출산"에 대한 보장개시일 이후에 피보험자가 최초로 자녀를 "출산"한 경우를 말하며, 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 "출산"은 "첫 번째 출산"으로 보지 않습니다.

3 이 특별약관에서 "두 번째 출산"이라 함은 보험기간 중에 "첫 번째 출산"을 한 이후 최초로 출산을 한 경우를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "세 번째 출산"이라 함은 보험기간 중에 "두 번째 출산"을 한 이후 최초로 출산을 한 경우를 말합니다.

5 제1항의 "출산"은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "출산"한 경우 세부보장("첫 번째 출산", "두 번째 출산", "세 번째 출산")별로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 출산지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 출산지원금(세부보장별각1회한)

구분	계약일로부터 경과기간		
	1년 미만	1년 이상 2년 미만	2년 이상
“첫 번째 출산” 시	–	출산지원금(첫번째)의 보험가입금액의 50%	출산지원금(첫번째)의 보험가입금액
“두 번째 출산“ 시	–	출산지원금(두번째)의 보험가입금액의 50%	출산지원금(두번째)의 보험가입금액
“세 번째 출산” 시	–	출산지원금(세번째)의 보험가입금액의 50%	출산지원금(세번째)의 보험가입금액

2. 출산지원금(세부보장별각1회한)(갱신형)

구분	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 경과기간			
	1년 미만	1년 이상 2년 미만	2년 이상	
“첫 번째 출산” 시	–	출산지원금(첫번째)(갱신형)의 보험가입금액의 50%	출산지원금(첫번째)(갱신형)의 보험가입금액	
“두 번째 출산“ 시	–	출산지원금(두번째)(갱신형)의 보험가입금액의 50%	출산지원금(두번째)(갱신형)의 보험가입금액	
“세 번째 출산” 시	–	출산지원금(세번째)(갱신형)의 보험가입금액의 50%	출산지원금(세번째)(갱신형)의 보험가입금액	

2 출생아가 2명 이상인 다태아 출산을 한 경우 각 출생아를 연속하여 출산한 것으로 보고 “첫 번째 출산”, “두 번째 출산” 및 “세 번째 출산”을 판단하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보험기간 중에 임신하여 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에 출산한 경우, 해당 출산에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장(“첫 번째 출산”, “두 번째 출산”, “세 번째 출산”)별 출산지원금을 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 출산지원금을 세부보장(“첫 번째 출산”, “두 번째 출산”, “세 번째 출산”)별로 각각 1회씩 총 3회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구)의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

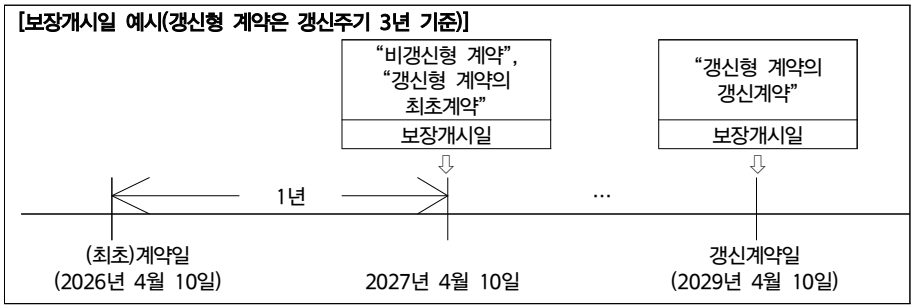
제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 피보험자의 출산을 확인할 수 있는 서류(출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서 등)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 출산지원금(세부보장별각1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-204. 임신지원금(1회한)(갱신형) 특별약관

제1조("임신" 등의 정의)

1 이 특별약관에서 "임신"이라 함은 수정란이 자궁 내에 착상되어 태아가 성장하는 상태를 말합니다.

2 "임신"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "임신"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 이 특별약관에서 "유산"이라 함은 유산 분류표(【별표137】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "사산"이라 함은 사산 분류표(【별표138】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 "유산" 및 "사산"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "유산" 및 "사산"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

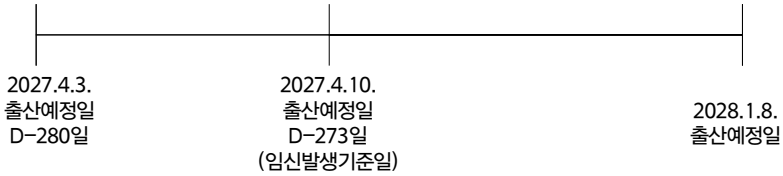
① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 아래 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 임신지원금으로 보험수익자에게 지급하며, 태아가 2개체 이상인 다태아 임신의 경우에도 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후를 "임신발생기준일"로 하여 "임신"으로 진단확정된 경우
2. 피보험자가 "유산" 또는 "사산"으로 진단확정 된 경우로써 해당 유산된 태아 또는 사산아의 임신발생기준일이 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후로 확인되는 경우

최초계약		갱신계약
계약일로부터 "임신발생기준일"까지의 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관의 보험가입금액	

② 이 특별약관에서 "임신발생기준일"이라 함은 피보험자의 출산예정일(분만예정일)에서 임신기간 40주(280일)에서 1주(7일)를 차감한 273일 전 날짜를 말합니다. 단, 피보험자의 출산예정일(분만예정일) 없이 임신주수만 확인가능한 경우 "임신발생기준일"은 피보험자의 임신 1주 0일째 날짜로 합니다.

[임신발생기준일 예시]
- **출산예정일(분만예정일) : 2028년 1월 8일**
- **임신발생기준일 : 출산예정일(분만예정일) - 273일 = 2027년 4월 10일**



[임신발생기준일 예시]
- **임신주수를 확인한 날 : 2027년 5월 3일(예시 : 임신확인서 등의 서류를 발급한 날)**
- **임신주수 : 4주 2일**
- **임신발생기준일 : 임신주수를 확인한 날 - 23일(3주2일) = 2027년 4월 10일**



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 임신하였으나 해당 임신의 "임신발생기준일"이 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전인 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 임신지원금을 지급한 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구)의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구

하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(보험금의 청구)

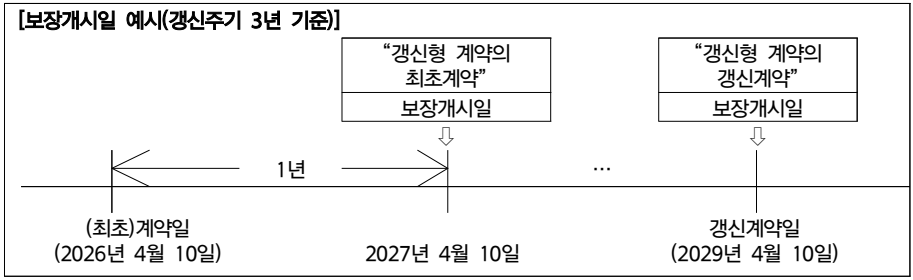
① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 피보험자의 임신을 확인할 수 있는 서류(임신확인서 등)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제3호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-205. 착상확률개선검사비(PGT-A)(1회한,기혼자용)(갱신형) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 기혼여성과 사실혼여성을 대상으로 합니다.

② 제1항의 기혼여성이라 함은 법적혼인상태(국내법상 혼인관계가 유효한 경우)에 있는 여성을 말합니다.

3 제1항의 사실혼여성이라 함은 사실상 혼인관계를 유지하였다고 관할 보건소에서 확인된 경우로 「모자보건법」 제11조(난임·유산·사산 극복 지원사업)에 따른 보건복지부의 「모자보건사업」 중 "난임부부 시술비 지원사업"(이하 "난임부부 지원사업"이라 합니다)에서 정한 지침을 따릅니다.

[사실상 혼인관계를 유지하였다고 인정하는 기준]

1) 신청인 외에도 사실상 혼인관계에 있는 상대방이 모두 시술 동의를 하였음을 서면으로 제출한 경우
2) 사회적으로 인정이 될만한 실질적인 혼인생활을 영위한 것으로 추정할 수 있는 공문서 또는 사실혼 확인보증서를 제출한 경우
   - 공문서 : 주민등록상 1년 이상의 동거기록, '사실상 혼인관계 존재확인의 소' 판결문, 기타 정부위원회(행정심판위원회, 보훈심사위원회, 범죄피해구조심의회, 의사상자심의위원회 등)에서 발급한 판결문·서류 로서, 해당 공문서 내에 두 당사자가 신청일 기준 1년 이상의 사실상 혼인관계를 영위하였다고 객관적으로 증명할 수 있어야 함
   - 사실혼 확인보증서 : 2인 이상의 제3자가 1년 이상의 동거 등 사실상 혼인관계를 보증한 경우로서, 지침상 서식에 해당 보증인의 인적사항 및 보증사실에 대한 법적 책임을 지는 것에 동의한다는 서명을 받아야 함
3) 두 당사자의 가족관계등록부에 신청일 기준 제3자와의 혼인 관계가 없어야 함
4) 사실상 혼인관계를 주장하는 당사자 중 일방이 외국인 또는 재외국인이었던 경우 1년 이상 당사자 모두 국내에 체류한 사실이 확인되어야 함
   - 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 및 출입국기록을 추가 제출하여 1년 이상 국내 체류 여부를 확인받아야 함

* 입출국이 반복된 경우 국내 체류기간 모두 합산하여 산정 가능

4 제3항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정 또는 "난임부부 지원사업"의 변경으로 사실상 혼인관계를 유지하였다고 인정하는 기준의 범위가 변경된 경우에는 사실혼여성 여부를 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

5 제4항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정, "난임부부 지원사업"의 종료에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령 또는 종료 직전의 "난임부부 지원사업"에서 정한 지침에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조("급여 체외수정치료"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급여 체외수정치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 체외수정치료"으로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "급여 체외수정치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 또한 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)(【부록】 참조) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제2호(【부록】 참조)에 따라 체외수정 시술 의료기관으로 지정된 기관에서 시행한 경우로 한정합니다.

진료행위	코드
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식	R6530
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-배아이식용 카테터 2개 이상 사용	R6531
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-난관내 이식[접합자, 생식세포 포함]	R6540
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-경자궁근층 이식	R6550

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]

「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 체외수정치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에
대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 체외수정치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 내지 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 체외수정치료" 외에 "급여 체외수정치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(“급여 난임”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “급여 난임”이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여기준 적응증에 해당하는 경우(이하 “급여 난임 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 난임 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 난임 인정기준”을 따릅니다.

3 “급여 난임”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 호르몬검사, 초음파검사, 자궁난관 조영술(HSG), 복강경검사, 자궁경 검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “급여 난임”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

[「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여 기준 적응증]

1) 체외수정(신선배아, 동결배아)

가) 원인불명 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 3년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인

(1) 양측난관 폐색 (단, 인공 폐색인 경우에는 난관문합술 이후 1년 이상 임신이 되지 않는 경우)

(2) 중증 자궁내막증

(3) 난소기능 저하

(4) 착상전 유전진단이 필요한 경우

다) 남성요인

(1) 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증으로 최소한 24개월간 호르몬 치료를 하였으나 이 기간 중 자연임신이 되지 않은 경우

(2) 정관절제술을 실시했던 경우

(가) 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우

(나) 정관문합술 후 3개월 내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년 내에 임신이 되지 않는 경우

(다) 정관문합술이 불가한 경우

(3) 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우

(4) 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우(수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증은 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말함)

(5) 비폐쇄성 무정자증의 경우 현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출에서 정자가 발견되어 체외수정이 가능한 경우

라) 체외수정시술 이외의 난임치료에 의해 1년 이상 임신이 되지 않는 경우

마) 기타 체외수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

2) 인공수정

가) 원인불명의 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 1년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 6개월 이상 임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인

(1) 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월 이상 경과된 경우

(2) 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우

다) 남성요인

(1) 정계정맥류가 없으나 '인간정액 검사 및 처리 매뉴얼(제5판, 세계보건기구)'에 따른 정액 검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우
(2) 사정장애 등 기타 남성난임의 경우
라) 기타 인공수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

제4조("착상확률개선검사(PGT-A)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "착상확률개선검사(PGT-A)"라 함은 체외수정 과정 중 배아를 자궁에 이식하기 전에 염색체 수의 이상 여부(이수체 여부)를 판별하기 위한 검사를 말합니다.

[착상확률개선검사(PGT-A)]
- 착상확률개선검사(Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidy)는 체외 수정 과정 중 배양된 배아의 일부 세포를 채취하여, 해당 배아의 모든 염색체 수적 이상 유무(이수체 여부)를 확인하여 착상률을 높이고 유산의 위험을 줄이기 위한 의학적 목적의 검사를 말합니다.

[착상확률개선검사(PGT-A)(예시)]
- 염색체 수적 이상을 보는 착상전 유전 검사(PGT-A)인 경우
- 염색체 구조적 이상을 보는 착상전 유전 검사(PGT-SR), 단일 유전자 이상을 보는 착상전 유전 검사(PGT-M) 등에 준하는 검사는 해당되지 않음.

2 제1항의 "착상확률개선검사(PGT-A)"는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원 에서 시행되어야 하며, "착상확률개선검사(PGT-A)"가 필요하다고 인정된 경우에 해당하여야 합니다.

[착상확률개선검사(PGT-A)]가 필요하다고 인정되는 경우(예시)]
- 반복 착상 실패
- 습관적 자연 유산
- 원인 불명의 난임 등

제5조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "급여 난임"으로 진단확정되고, "급여 체외수정치료"를 목적으로 "착상확률개선검사(PGT-A)"를 시행한 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 착상확률개선검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자의 "급여 체외수정치료"에 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제23조(배아의 생성에 관한 준수사항)(【부록】 참조)을 위반한 사항이 있는 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 진료기록부, 시술확인서 등) (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 검사결과지(착상전유전검사의 시행여부를 입증할 수 있는 서류)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)(【부록】 참조) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제1호 또는 제2호(【부록】 참조)에 따라 지정된 의

료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “급여 난임”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 착상확률개선검사비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

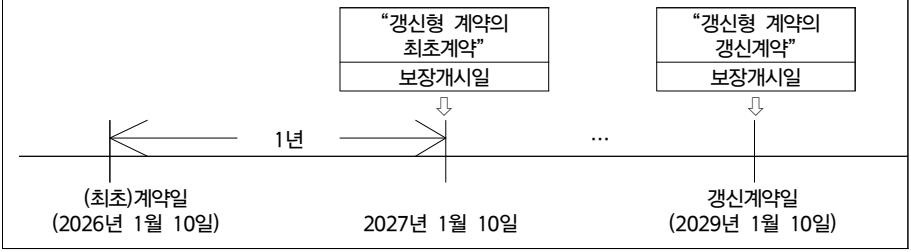
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제10조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-206. 치료에의한폐경진단비 특별약관

제1조("치료에의한폐경"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "치료에의한폐경"이라 함은 치료에의한폐경 분류표(【별표136】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "치료에의한폐경"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 FSH호르몬 수치를 확인할 수 있는 혈액검사 및 치료에의한폐경의 원인이 되는 의료행위가 있었다는 사실 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "치료에의한폐경"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "치료에의한폐경"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 치료에의한폐경진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 자연폐경
6. 피보험자에게 보험금 지급사유 발생의 직접적인 원인이 되는 의료행위가 계약일 이전에 발생한 경우

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "치료에의한폐경"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 치료에의한폐경진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 치료에의한폐경진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(치료에의한폐경의 원인이 되는 의료행위를 확인할 수 있는 서류), FSH호르몬수치를 확인할 수 있는 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)(【부록】 참조) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제1호 또는 제2호(【부록】 참조)에 따라 지정된 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료에의한폐경진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-207. 난임치료후산후관리지원금(1회한,기혼자용)(갱신형) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

1 피보험자는 기혼여성과 사실혼여성을 대상으로 합니다.

2 제1항의 기혼여성이라 함은 법적혼인상태(국내법상 혼인관계가 유효한 경우)에 있는 여성을 말합니다.

3 제1항의 사실혼여성이라 함은 사실상 혼인관계를 유지하였다고 관할 보건소에서 확인된 경우로 「모자보건법」 제11조(난임·유산·사산 극복 지원사업)에 따른 보건복지부의 「모자보건사업」 중 "난임부부 시술비 지원사업"에서 정한 지침을 따릅니다.

[사실상 혼인관계를 유지하였다고 인정하는 기준]

1) 신청인 외에도 사실상 혼인관계에 있는 상대방이 모두 시술 동의를 하였음을 서면으로 제출한 경우
2) 사회적으로 인정이 될만한 실질적인 혼인생활을 영위한 것으로 추정할 수 있는 공문서 또는 사실혼 확인보증서를 제출한 경우
   - 공문서 : 주민등록상 1년 이상의 동거기록, '사실상 혼인관계 존재확인의 소' 판결문, 기타 정부 위원회(행정심판위원회, 보훈심사위원회, 범죄피해구조심의회, 의사상자심의위원회 등)에서 발급한 판결문·서류 로서, 해당 공문서 내에 두 당사자가 신청일 기준 1년 이상의 사실상 혼인관계를 영위하였다고 객관적으로 증명할 수 있어야 함
   - 사실혼 확인보증서 : 2인 이상의 제3자가 1년 이상의 동거 등 사실상 혼인관계를 보증한 경우로서, 지침상 서식에 해당 보증인의 인적사항 및 보증사실에 대한 법적 책임을 지는 것에 동의한다는 서명을 받아야 함
3) 두 당사자의 가족관계등록부에 신청일 기준 제3자와의 혼인 관계가 없어야 함
4) 사실상 혼인관계를 주장하는 당사자 중 일방이 외국인 또는 재외국인이었던 경우 1년 이상 당사자 모두 국내에 체류한 사실이 확인되어야 함
   - 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 및 출입국기록을 추가 제출하여 1년 이상 국내 체류 여부를 확인받아야 함

* 입출국이 반복된 경우 국내 체류기간 모두 합산하여 산정 가능

4 제3항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정 또는 "난임부부 지원사업"의 변경으로 사실상 혼인관계를 유지하였다고 인정하는 기준의 범위가 변경된 경우에는 사실혼여성 여부를 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

5 제4항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정, "난임부부 지원사업"의 종료에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령 또는 종료 직전의 "난임부부 지원사업"에서 정한 지침에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조("난임치료"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “난임치료”라 함은 “급여 인공수정치료”와 “급여 체외수정치료”를 말합니다.
2 이 특별약관에서 “급여 인공수정치료”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “급여 인공수정치료”로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 “급여 인공수정치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다. 또한 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)(【부록】 참조) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제1호(【부록】 참조)에 따라 자궁내 정자주입 시술 의료기관으로 지정된 기관에서 시행한 경우로 한정합니다.

진료행위	코드
자궁강내 정자주입술[초음파유도료 포함]	R6560

3 이 특별약관에서 “급여 체외수정치료”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “급여 체외수정치료”으로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 “급여 체외수정치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다. 또한 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)(【부록】 참조) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제2호(【부록】 참조)에 따라 체외수정 시술 의료기관으로 지정된 기관에서 시행한 경우로 한정합니다.

진료행위	코드
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식	R6530
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-배아이식용 카테터 2개 이상 사용	R6531
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-난관내 이식[접합자, 생식세포 포함]	R6540
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-경자궁근층 이식	R6550

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 인공수정치료 인정기준” 또는 “급여 체외수정치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 인공수정치료 인정기준” 또는 “급여 체외수정치료 인정기준”을 따릅니다.
5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 인공수정치료” 또는 “급여 체외수정치료” 외에 “급여 인공수정치료 인정기준” 또는 “급여 체외수정치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.
6 이 특별약관은 인간 생명의 존엄성과 같은 근본적인 인권에 대한 문제에 기반하고 있으므로 생명윤리 및 안전에 관한 법률에 근거합니다.

제3조(“급여 난임”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “급여 난임”이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여기준 적응증에 해당하는 경우(이하 “급여 난임 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 난임 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 난임 인정기준”을 따릅니다.
3 “급여 난임”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “급여 난임”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

[「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여 기준 적응증]

1) 체외수정(신선배아, 동결배아)

가) 원인불명 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 3년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 1년 이상

임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인

(1) 양측난관 폐색 (단, 인공 폐색인 경우에는 난관문합술 이후 1년 이상 임신이 되지 않는 경우)

(2) 중증 자궁내막증

(3) 난소기능 저하

(4) 착상전 유전진단이 필요한 경우

다) 남성요인

(1) 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증으로 최소한 24개월간 호르몬 치료를 하였으나 이 기간 중 자연임신이 되지 않은 경우

(2) 정관절제술을 실시했던 경우

(가) 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우

(나) 정관문합술 후 3개월 내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년 내에 임신이 되지 않는 경우

(다) 정관문합술이 불가한 경우

(3) 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우

(4) 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우(수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증은 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말함)

(5) 비폐쇄성 무정자증의 경우 현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출에서 정자가 발견되어 체외수정이 가능한 경우

라) 체외수정시술 이외의 난임치료에 의해 1년 이상 임신이 되지 않는 경우

마) 기타 체외수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

2) 인공수정

가) 원인불명의 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 1년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 6개월 이상 임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인

(1) 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월 이상 경과된 경우

(2) 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우

다) 남성요인

(1) 정계정맥류가 없으나 '인간정액 검사 및 처리 매뉴얼(제5판, 세계보건기구)'에 따른 정액검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우

(2) 사정장애 등 기타 남성난임의 경우

라) 기타 인공수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "급여 난임"으로 진단확정되고, "난임치료"로 임신하여 자녀를 "출산"한 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 난임치료후산후관리지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "출산"은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.

3 출생아가 2명 이상인 다태아 출산의 경우에도 출생아의 인원에 관계없이 최초 1회에 한하여 난임치료후산후관리지원금을 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자의 "급여 체외수정치료"에 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」제23조(배아의 생성에 관한

준수사항)(【부록】 참조)을 위반한 사항이 있는 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부, 시술확인서, 임신확인서(분만예정일 포함) 등
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 혼인관계증명서, 출생증명서, 가족관계증명서
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)(【부록】 참조) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제1호 또는 제2호(【부록】 참조)에 따라 지정된 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "급여 난임"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 난임치료후산후관리지원금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제9조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-208. 난임진단비(미혼자용)(갱신형), 난임진단비(기혼자용)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("난임"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "난임"이라 함은 난임 분류표(【별표119】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 피보험자는 여성을 대상으로 하며, 남성에서 기원한 여성불임(N97.4)에 해당하는 질병코드는 보장하지 않습니다.

2 "난임"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 산부인과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 호르몬검사, 초음파검사, 자궁난관 조영술(HSG), 복강경검사, 자궁경 검사 등을 기초로 내려져야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "난임"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 난임진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "난임"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 난임진단비를 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 난임진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "난임"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

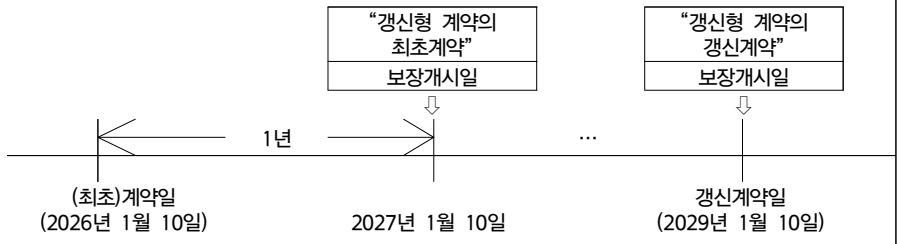
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. 혼인관계증명서

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "난임"에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 난임진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-209. 난임치료비Ⅱ(급여인공수정,3회한,기혼자용)(갱신형)

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 난임치료비Ⅱ(급여인공수정치료비(첫번째)(갱신형))
- 난임치료비Ⅱ(급여인공수정치료비(두번째)(갱신형))
- 난임치료비Ⅱ(급여인공수정치료비(세번째)(갱신형))

제1조(피보험자의 범위)

1 피보험자는 기혼여성과 사실혼여성을 대상으로 합니다.

2 제1항의 기혼여성이라 함은 법적혼인상태(국내법상 혼인관계가 유효한 경우)에 있는 여성을 말합니다.

3 제1항의 사실혼여성이라 함은 사실상 혼인관계를 유지하였다고 관할 보건소에서 확인된 경우로 「모자보건법」 제11조(난임·유산·사산 극복 지원사업)에 따른 보건복지부의 「모자보건사업」 중 "난임부부 시술비 지원사업"에서 정한 지침을 따릅니다.

[사실상 혼인관계를 유지하였다고 인정하는 기준]

1) 신청인 외에도 사실상 혼인관계에 있는 상대방이 모두 시술 동의를 하였음을 서면으로 제출한 경우
2) 사회적으로 인정이 될만한 실질적인 혼인생활을 영위한 것으로 추정할 수 있는 공문서 또는 사실혼 확인보증서를 제출한 경우
   - 공문서 : 주민등록상 1년 이상의 동거기록, '사실상 혼인관계 존재확인의 소' 판결문, 기타 정부위원회(행정심판위원회, 보훈심사위원회, 범죄피해구조심의회, 의사상자심의위원회 등)에서 발급한 판결문·서류 로서, 해당 공문서 내에 두 당사자가 신청일 기준 1년 이상의 사실상 혼인관계를 영위하였다고 객관적으로 증명할 수 있어야 함
   - 사실혼 확인보증서 : 2인 이상의 제3자가 1년 이상의 동거 등 사실상 혼인관계를 보증한 경우로서, 지침상 서식에 해당 보증인의 인적사항 및 보증사실에 대한 법적 책임을 지는 것에 동의한다는 서명을 받아야 함
3) 두 당사자의 가족관계등록부에 신청일 기준 제3자와의 혼인 관계가 없어야 함
4) 사실상 혼인관계를 주장하는 당사자 중 일방이 외국인 또는 재외국인이었던 경우 1년 이상 당사자 모두 국내에 체류한 사실이 확인되어야 함
   - 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 및 출입국기록을 추가 제출하여 1년 이상 국내 체류 여부를 확인받아야 함

* 입출국이 반복된 경우 국내 체류기간 모두 합산하여 산정 가능

4 제3항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정 또는 "난임부부 지원사업"의 변경으로 사실상 혼인관계를 유지하였다고 인정하는 기준의 범위가 변경된 경우에는 사실혼여성 여부를 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

5 제4항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정, "난임부부 지원사업"의 종료에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령 또는 종료 직전의 "난임부부 지원사업"에서 정한 지침에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조("급여 인공수정치료"등의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 인공수정"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 인공수정"으로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "급여 인공수정 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 또한 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)(【부록】 참조) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제1호(【부록】 참조)에 따라 자궁내 정자주입 시술 의료기관으로 지정된 기관에서 시행한 경우로 한정합니다.

진료행위	코드
자궁강내 정자주입술[초음파유도료 포함]	R6560

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공수정 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 인공수정 인정기준"을 따릅니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공수정" 외에 "급여 인공수정 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.
4 이 특별약관에서 "첫 번째 급여 인공수정"이라 함은 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 최초로 "급여 인공수정"을 받는 경우를 말합니다.
5 이 특별약관에서 "두 번째 급여 인공수정"이라 함은 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "첫 번째 급여 인공수정"을 받은 이후 최초로 "급여 인공수정"을 받는 경우를 말합니다.
6 이 특별약관에서 "세 번째 급여 인공수정"이라 함은 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "두 번째 급여 인공수정"을 받은 이후 최초로 "급여 인공수정"을 받는 경우를 말합니다.

제3조("급여 난임"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "급여 난임"이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여기준 적응증에 해당하는 경우(이하 "급여 난임 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.
2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 난임 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 난임 인정기준"을 따릅니다.
3 "급여 난임"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "급여 난임"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

[「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여 기준 적응증]

1) 체외수정(신선배아, 동결배아)

가) 원인불명 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 3년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우)
나) 여성요인
(1) 양측난관 폐색 (단, 인공 폐색인 경우에는 난관문합술 이후 1년 이상 임신이 되지 않는 경우)
(2) 중증 자궁내막증
(3) 난소기능 저하
(4) 착상전 유전진단이 필요한 경우
다) 남성요인
(1) 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증으로 최소한 24개월간 호르몬 치료를 하였으나 이 기간 중 자연임신이 되지 않은 경우
(2) 정관절제술을 실시했던 경우
(가) 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우
(나) 정관문합술 후 3개월 내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년 내에 임신이 되지 않는 경우
(다) 정관문합술이 불가한 경우
(3) 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우

(4) 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우(수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증은 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말함)
(5) 비폐쇄성 무정자증의 경우 현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출에서 정자가 발견되어 체외수정이 가능한 경우

라) 체외수정시술 이외의 난임치료에 의해 1년 이상 임신이 되지 않는 경우
마) 기타 체외수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

2) 인공수정

가) 원인불명의 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 1년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 6개월 이상 임신이 되지 않은 경우)
나) 여성요인
(1) 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월 이상 경과된 경우
(2) 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우
다) 남성요인
(1) 정계정맥류가 없으나 '인간정액 검사 및 처리 매뉴얼(제5판, 세계보건기구)'에 따른 정액검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우
(2) 사정장애 등 기타 남성난임의 경우
라) 기타 인공수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "급여 난임"으로 진단확정되고, "급여 인공수정"을 받은 경우에는 세부보장("첫번째 급여 인공수정","두번째 급여 인공수정","세번째 급여 인공수정")별로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 인공수정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 경과기간		
	1년 미만	1년 이상	
"첫 번째 급여 인공수정치료"	-	난임치료비Ⅱ(급여인공수정치료비(첫번째)(갱신형))의 보험가입금액	
"두 번째 급여 인공수정치료"	-	난임치료비Ⅱ(급여인공수정치료비(두번째)(갱신형))의 보험가입금액	
"세 번째 급여 인공수정치료"	-	난임치료비Ⅱ(급여인공수정치료비(세번째)(갱신형))의 보험가입금액	

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 피보험자의 "급여 체외수정치료"에 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」제23조(배아의 생성에 관한 준수사항)(【부록】 참조)을 위반한 사항이 있는 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)(【부록】 참조) 및 동법

시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제1호(【부록】 참조)에 따라 지정된 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "급여 난임"으로 진단확정되어 있거나 "급여 인공수정"을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장("첫 번째 급여 인공수정","두 번째 급여 인공수정","세 번째 급여 인공수정")별 인공수정치료비를 각각 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 인공수정치료비를 세부보장("첫 번째 급여 인공수정","두 번째 급여 인공수정","세 번째 급여 인공수정")별로 각각 1회씩 총 3회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

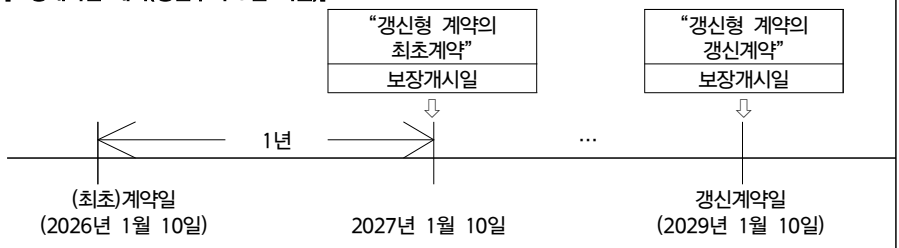
3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제9조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-210. 난임치료비Ⅱ(급여체외수정,5회한,기혼자용)(갱신형)

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 난임치료비Ⅱ(급여체외수정치료비(첫번째)(갱신형))
- 난임치료비Ⅱ(급여체외수정치료비(두번째)(갱신형))
- 난임치료비Ⅱ(급여체외수정치료비(세번째)(갱신형))
- 난임치료비Ⅱ(급여체외수정치료비(네번째)(갱신형))
- 난임치료비Ⅱ(급여체외수정치료비(다섯번째)(갱신형))

제1조(피보험자의 범위)
1 피보험자는 기혼여성과 사실혼여성을 대상으로 합니다.
2 제1항의 기혼여성이라 함은 법적혼인상태(국내법상 혼인관계가 유효한 경우)에 있는 여성을 말합니다.
3 제1항의 사실혼여성이라 함은 사실상 혼인관계를 유지하였다고 관할 보건소에서 확인된 경우로 「모자보건법」 제11조(난임·유산·사산 극복 지원사업)에 따른 보건복지부의 「모자보건사업」 중 "난임부부 시술비 지원사업"(이하 "난임부부 지원사업"이라 합니다)에서 정한 지침을 따릅니다.

[사실상 혼인관계를 유지하였다고 인정하는 기준]
1) 신청인 외에도 사실상 혼인관계에 있는 상대방이 모두 시술 동의를 하였음을 서면으로 제출한 경우
2) 사회적으로 인정이 될만한 실질적인 혼인생활을 영위한 것으로 추정할 수 있는 공문서 또는 사실혼 확인보증서를 제출한 경우
   - 공문서 : 주민등록상 1년 이상의 동거기록, '사실상 혼인관계 존재확인의 소' 판결문, 기타 정부위원회(행정심판위원회, 보훈심사위원회, 범죄피해구조심의회, 의사상자심의위원회 등)에서 발급한 판결문·서류 로서, 해당 공문서 내에 두 당사자가 신청일 기준 1년 이상의 사실상 혼인관계를 영위하였다고 객관적으로 증명할 수 있어야 함
   - 사실혼 확인보증서 : 2인 이상의 제3자가 1년 이상의 동거 등 사실상 혼인관계를 보증한 경우로서, 지침상 서식에 해당 보증인의 인적사항 및 보증사실에 대한 법적 책임을 지는 것에 동의한다는 서명을 받아야 함
3) 두 당사자의 가족관계등록부에 신청일 기준 제3자와의 혼인 관계가 없어야 함
4) 사실상 혼인관계를 주장하는 당사자 중 일방이 외국인 또는 재외국인이었던 경우 1년 이상 당사자 모두 국내에 체류한 사실이 확인되어야 함
   - 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 및 출입국기록을 추가 제출하여 1년 이상 국내 체류 여부를 확인받아야 함

* 입출국이 반복된 경우 국내 체류기간 모두 합산하여 산정 가능

4 제3항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정 또는 "난임부부 지원사업"의 변경으로 사실상 혼인관계를 유지하였다고 인정하는 기준의 범위가 변경된 경우에는 사실혼여성 여부를 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
5 제4항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정, "난임부부 지원사업"의 종료에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령 또는 종료 직전의 "난임부부 지원사업"에서 정한 지침에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조("급여 체외수정치료"등의 정의)
1 이 특별약관에서 "급여 체외수정"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 체외수정치료"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "급여 체외수정 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 또한 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)(【부록】 참조) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제2호(【부록】 참조)에 따라 체외수정 시술

의료기관으로 지정된 기관에서 시행한 경우로 한정합니다.

진료행위	코드
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식	R6530
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-배아이식용 카테터 2개 이상 사용	R6531
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-난관내 이식[접합자, 생식세포 포함]	R6540
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-경자궁근층 이식	R6550

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 체외수정 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 체외수정 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 체외수정치료" 외에 "급여 체외수정 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

4 이 특별약관에서 "첫 번째 급여 체외수정치료"라 함은 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 이후에 피보험자가 최초로 "급여 체외수정치료"를 받는 경우를 말합니다.

5 이 특별약관에서 "두 번째 급여 체외수정치료"라 함은 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "첫 번째 급여 체외수정치료"를 받은 이후 최초로 "급여 체외수정치료"를 받는 경우를 말합니다.

6 이 특별약관에서 "세 번째 급여 체외수정치료"라 함은 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "두 번째 급여 체외수정치료"를 받은 이후 최초로 "급여 체외수정치료"를 받는 경우를 말합니다.

7 이 특별약관에서 "네 번째 급여 체외수정치료"라 함은 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "세 번째 급여 체외수정치료"를 받은 이후 최초로 "급여 체외수정치료"를 받는 경우를 말합니다.

8 이 특별약관에서 "다섯 번째 급여 체외수정치료"라 함은 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "네 번째 급여 체외수정치료"를 받은 이후 최초로 "급여 체외수정치료"를 받는 경우를 말합니다.

제3조("급여 난임"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급여 난임"이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여기준 적응증에 해당하는 경우(이하 "급여 난임 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 난임 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 난임 인정기준"을 따릅니다.

3 "급여 난임"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "급여 난임"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

[「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여 기준 적응증]

1) 체외수정(신선배아, 동결배아)

가) 원인불명 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 3년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인

(1) 양측난관 폐색 (단, 인공 폐색인 경우에는 난관문합술 이후 1년 이상 임신이 되지 않는 경우)

(2) 중증 자궁내막증
(3) 난소기능 저하
(4) 착상전 유전진단이 필요한 경우

다) 남성요인
(1) 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증으로 최소한 24개월간 호르몬 치료를 하였으나 이 기간 중 자연임신이 되지 않은 경우
(2) 정관절제술을 실시했던 경우
(가) 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우
(나) 정관문합술 후 3개월 내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년 내에 임신이 되지 않는 경우
(다) 정관문합술이 불가한 경우
(3) 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우
(4) 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우(수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증은 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말함)
(5) 비폐쇄성 무정자증의 경우 현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출에서 정자가 발견되어 체외수정이 가능한 경우

라) 체외수정시술 이외의 난임치료에 의해 1년 이상 임신이 되지 않는 경우
마) 기타 체외수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

2) 인공수정

가) 원인불명의 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 1년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 6개월 이상 임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인
(1) 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월 이상 경과된 경우
(2) 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우

다) 남성요인
(1) 정계정맥류가 없으나 '인간정액 검사 및 처리 매뉴얼(제5판, 세계보건기구)'에 따른 정액검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우
(2) 사정장애 등 기타 남성난임의 경우

라) 기타 인공수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "급여 난임"으로 진단확정되고, "급여 체외수정"을 받은 경우에는 세부보장("첫 번째 급여 체외수정","두 번째 급여 체외수정","세 번째 급여 체외수정","네 번째 급여 체외수정","다섯 번째 급여 체외수정")별로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 체외수정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 경과기간		
	1년 미만	1년 이상	
"첫 번째 급여 체외수정"	-	난임치료비Ⅱ(급여체외수정치료비(첫번째)(갱신형))의 보험가입금액	
"두 번째 급여 체외수정"	-	난임치료비Ⅱ(급여체외수정치료비(두번째)(갱신형))의 보험가입금액	
"세 번째 급여 체외수정"	-	난임치료비Ⅱ(급여체외수정치료비(세번째)(갱신형))의 보험가입금액	
"네 번째 급여 체외수정"	-	난임치료비Ⅱ(급여체외수정치료비(네번째)(갱신형))의 보험가입금액	
"다섯 번째 급여 체외수정"	-	난임치료비Ⅱ(급여체외수정치료비(다섯번째)(갱신형))의 보험가입금액	

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 피보험자의 “급여 체외수정치료”에 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」제23조(배아의 생성에 관한 준수사항)(【부록】 참조)을 위반한 사항이 있는 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)(【부록】 참조) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제2호(【부록】 참조)에 따라 지정된 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “급여 난임”으로 진단확정되어 있거나 “급여 체외수정”을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

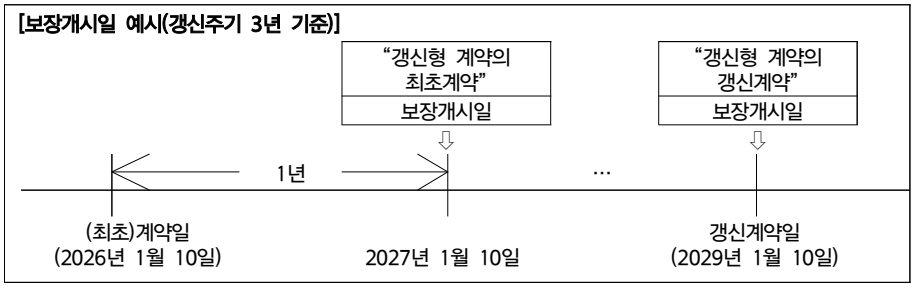
제8조(특별약관의 소멸)
1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장(“첫 번째 급여 체외수정”,“두 번째 급여 체외수정”,“세 번째 급여 체외수정”,“네 번째 급여 체외수정”,“다섯 번째 급여 체외수정”)별 체외수정치료비를 각각 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 체외수정치료비를 세부보장(“첫 번째 급여 체외수정”,“두 번째 급여 체외수정”,“세 번째 급여 체외수정”,“네 번째 급여 체외수정”,“다섯 번째 급여 체외수정”)별로 각각 1회씩 총 5회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제9조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-211. 통합정신질환및스트레스관련질병진단비(갱신형) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 정신질환(중증)진단비(90일이상처방)(갱신형)
- 정신질환(중등도)진단비(90일이상처방)(갱신형)
- 정신질환(경도)진단비(90일이상처방)(갱신형)
- 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A진단비(14일이상처방)(갱신형)
- 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B진단비(14일이상처방)(갱신형)

제1조("정신질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "정신질환"이라 함은 정신질환 분류표(【별표154】 참조)에서 정한 "정신질환(중증)", "정신질환(중등도)" 및 "정신질환(경도)"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "정신질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 및 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5), IRLSSG(International Restless Legs Syndrome Study Group) 또는 ICSD-3(International Classification of Sleep Disorders, 3rd edition) 등의 진단기준을 근거로 신경과 및 정신과적 진단도구를 이용하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "정신질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)"라 함은 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청) 분류표(【별표112】 참조)에서 정한 "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어

지럼증,난청)A" 및 "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B"를 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조("정신질환치료제"의 정의)

1 이 특별약관에서 "정신질환치료제"라 함은 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자가 정신질환의 직접적인 치료 목적으로 처방한 약제로 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류에 있어 정신질환치료제 분류표(【별표 164】 참조)에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 목록에 해당하며 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 의약품 분류번호 "100(신경계 감각기관용 의약품)"에 해당하는 약물을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 및 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」이 개정되는 경우에는 "정신질환치료제"를 처방받은 당시 시행되고 있는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 및 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」을 따릅니다.

3 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 및 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 개정으로 대상 약제 제외 또는 분류가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 제외 또는 변경 직전의 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 및 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 준하여 "정신질환치료제"를 결정합니다.

제4조("스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제"의 정의)

1 이 특별약관에서 "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제"라 함은 "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A치료제" 및 "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B치료제"를 말하며, "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)"의 직접적인 치료 목적으로 처방한 약제로 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류에 있어 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제 분류표(【별표 113】 참조)에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 목록에 해당하는 약물을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」가 개정되는 경우에는 "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제"를 처방받은 당시 시행되고 있는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」를 따릅니다.

3 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 대상 약제 제외 또는 분류가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 제외 또는 변경 직전의 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」에 준하여 "스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제"를 결정합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "정신질환"으로 진단확정되고 진단확정일로부터 그 직접적인 치료를 목적으로 1년 이내에 "정신질환치료제"를 90일이상 처방받은 경우에는 각 세부보장별("정신질환(중증)", "정신질환(중등도)", "정신질환(경도)")로 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 정신질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급사유	최초계약		갱신계약
		계약일로부터 경과기간		
		1년 미만	1년 이상	
정신질환(중증)진단비	“정신질환(중증)”으로 진단확정되고 진단확정일로부터 그 직접적인 치료를 목적으로 1년 이내에 정신질환치료제를 90일이상 처방시	정신질환(중증)진단비(90일이상처방)(갱신형) 보험가입금액의 50%	정신질환(중증)진단비(90일이상처방)(갱신형)의 보험가입금액	
정신질환(중등도)진단비	“정신질환(중등도)”으로 진단확정되고 진단확정일로부터 그 직접적인 치료를 목적으로 1년 이내에 정신질환치료제를 90일이상 처방시	정신질환(중등도)진단비(90일이상처방)(갱신형) 보험가입금액의 50%	정신질환(중등도)진단비(90일이상처방)(갱신형)의 보험가입금액	
정신질환(경도)진단비	“정신질환(경도)”으로 진단확정되고 진단확정일로부터 그 직접적인 치료를 목적으로 1년 이내에 정신질환치료제를 90일이상 처방시	정신질환(경도)진단비(90일이상처방)(갱신형) 보험가입금액의 50%	정신질환(경도)진단비(90일이상처방)(갱신형)의 보험가입금액	

2 제1항의 “90일이상 처방받은 경우”라 함은 “정신질환치료제”의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 “정신질환치료제”를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 각 세부보장별로 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 전문의에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

3 제2항의 처방일수 합산 시 기준일자는 “정신질환치료제”를 처방받은 날로 합니다.

4 제1항에도 불구하고, 정신질환치료제의 90일이상 처방이 우선적인 치료로 고려되지 않는 아래의 경우에 한해서는 해당 내용을 확인할 수 있는 진단서 또는 의사소견서, 진료기록 등을 제출 시, “정신질환”으로 진단확정된 경우 제1항에 따라 보장합니다.

1. 소아, 청소년 및 임산부
2. 다른 질환으로 약물을 복용하고 있어 약물간 상호작용을 고려해야하는 경우
3. 비약물 치료가 우선적 치료로 판단되는 경우
4. 약물치료 이득 대비 위험이 높은 경우(약물 부작용 등)

5 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)”로 진단확정되고 진단확정일로부터 그 직접적인 치료를 목적으로 1년 이내에 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제”를 14일이상 처방받은 경우에는 각 세부보장별(“스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A”, “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B”)로 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 스트레스관련특정질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급사유	최초계약		갱신계약
		계약일로부터 경과기간		
		1년 미만	1년 이상	
스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A 진단비	“스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A”로 진단확정되고 진단확정일로부터 그 직접적인 치료를 목적으로 1년 이내에 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A치료제를 14일이상 처방시	스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A 진단비(14일이상처방)(갱신형) 보험가입금액의 50%	스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A 진단비(14일이상처방)(갱신형) 의 보험가입금액	
스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B 진단비	“스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B”로 진단확정되고 진단확정일로부터 그 직접적인 치료를 목적으로 1년 이내에 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B치료제를 14일이상 처방시	스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B 진단비(14일이상처방)(갱신형) 보험가입금액의 50%	스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B 진단비(14일이상처방)(갱신형) 의 보험가입금액	

6 제5항의 “14일이상 처방받은 경우”라 함은 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제”의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제”를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 각 세부보장별로 합산하여 14일 이상인 경우를 말합니다.

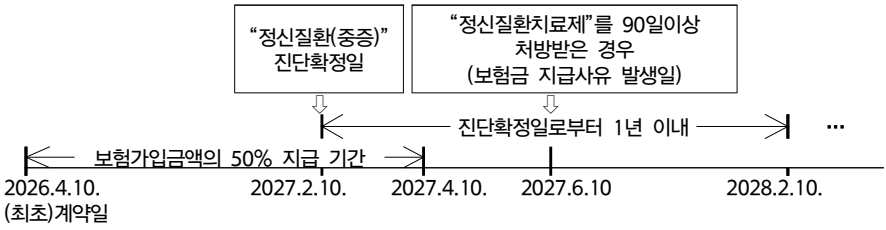
7 제6항의 처방일수 합산 시 기준일자는 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제”를 처방받은 날로 합니다.

8 제5항에도 불구하고, 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제의 14일이상 처방이 우선적인 치료로 고려되지 않는 아래의 경우에 한해서는 해당 내용을 확인할 수 있는 진단서 또는 의사소견서, 진료기록 등을 제출 시, “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)”으로 진단확정된 경우 제5항에 따라 보장합니다.

1. 소아, 청소년 및 임산부
2. 다른 질환으로 약물을 복용하고 있어 약물간 상호작용을 고려해야하는 경우
3. 비약물 치료가 우선적 치료로 판단되는 경우
4. 약물치료 이득 대비 위험이 높은 경우(약물 부작용 등)

[보험금 지급사유 발생일 적용 예시]

- (최초)계약일 : 2026.4.10.
- “정신질환(중증)” 진단확정일 : 2027.2.10. (“정신질환치료제” 60일처방)
- “정신질환치료제” 30일 추가처방일 : 2027.6.10.(총 90일이상 처방) ⇒ 보험금 지급사유 발생
- 보험금 지급금액은 보험금 지급사유 발생일기준으로 보험가입금액 100% 지급



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제5조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “정신질환”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 진단확정일로부터 그 직접적인 치료를 목적으로 1년 이내에 “정신질환치료제”를 90일이상 처방받은 경우 제5조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.
2 제5조(보험금의 지급사유) 제5항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 진단확정일로부터 그 직접적인 치료를 목적으로 1년 이내에 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제”를 14일이상 처방받은 경우 제5조(보험금의 지급사유) 제5항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제7조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 정신질환(중증)진단비, 정신질환(중등도)진단비, 정신질환(경도)진단비, 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A진단비, 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.
2 회사가 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 정신질환진단비 및 스트레스관련특정질병진단비를 세부보장별(“정신질환(중증)”, “정신질환(중등도)”, “정신질환(경도)”, “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A”, “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B”)로 각각 1회씩(총 5회) 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다
3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
4 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-212. 특정질병종합병원로봇수술비(각연간1회한)(갱신형) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 자궁및난소질환종합병원로봇수술비(연간1회한)(갱신형)
- 전립선,방광및기타질환종합병원로봇수술비(연간1회한)(갱신형)
- 주요순환계질환Ⅰ종합병원로봇수술비(연간1회한)(갱신형)
- 내분비및소화계질환종합병원로봇수술비(연간1회한)(갱신형)

제1조("자궁및난소질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "자궁및난소질환"이라 함은 자궁및난소질환 분류표(【별표167】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "자궁및난소질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "자궁및난소질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("전립선,방광및기타질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "전립선,방광및기타질환"이라 함은 전립선,방광및기타질환 분류표(【별표166】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "전립선,방광및기타질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "전립선,방광및기타질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조("주요순환계질환Ⅰ"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요순환계질환Ⅰ"이라 함은 주요순환계질환Ⅰ 분류표(【별표139】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요순환계질환Ⅰ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "주요순환계질환Ⅰ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "주요순환계질환Ⅰ"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조("내분비및소화계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "내분비및소화계질환"이라 함은 내분비및소화계질환 분류표(【별표165】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "내분비및소화계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "내분비및소화계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "로봇수술"이란 질병의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하는 "수술"을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함]	QZ966

[로봇수술]
로봇수술이란 로봇을 컴퓨터 제어 시스템을 통해 의사가 조종 또는 사전에 입력된 프로그램에 따라 로봇 팔이 정밀한 동작(절단, 절제, 봉합 등)을 수행하여 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 하는 것을 말합니다.

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 로봇을 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제6조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제7조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제8조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "자궁및난소질환", "전립선,방광및기타질환", "주요순환계질환Ⅰ" 또는 "내분비및소화계질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 "로봇수술"을 받은 경우에는 아래의 지급금액을 각각 연간 1회에 한하여 로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

대상질병	최초계약		갱신계약	지급한도
	계약일로부터 경과기간			
	1년미만	1년이상		
자궁및난소질환	세부보장[주1] 보험가입금액의 50%	세부보장[주1]의 보험가입금액	세부보장[주1]의 보험가입금액	연간 1회한
전립선,방광및기타질환	세부보장[주2] 보험가입금액의 50%	세부보장[주2]의 보험가입금액	세부보장[주2]의 보험가입금액	연간 1회한
주요순환계질환 I	세부보장[주3] 보험가입금액의 50%	세부보장[주3]의 보험가입금액	세부보장[주3]의 보험가입금액	연간 1회한
내분비및소화계질환	세부보장[주4] 보험가입금액의 50%	세부보장[주4]의 보험가입금액	세부보장[주4]의 보험가입금액	연간 1회한

주1) 자궁및난소질환종합병원로봇수술비(연간1회한)(갱신형)
주2) 전립선,방광및기타질환종합병원로봇수술비(연간1회한)(갱신형)
주3) 주요순환계질환 I 종합병원로봇수술비(연간1회한)(갱신형)
주4) 내분비및소화계질환종합병원로봇수술비(연간1회한)(갱신형)

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "로봇수술"을 받은 날로 합니다.

제9조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
(단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI), 질병분류번호를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-213. 보장보험료50%납입지원 II (4대유사암) 특별약관(1,2,3,4종)

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피

부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

8 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "4대유사암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제7항에 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

제2조("납입지원대상 보장" 및 "납입지원대상 보장보험료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "납입지원대상 보장"이라 함은 이 계약의 계약자가 가입한 보통약관 및 특별약관 중에서 아래의 특별약관을 제외한 보장을 말합니다.
1. 갱신형 특별약관
2. 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관
3. 보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환) 특별약관
4. 보장보험료100%납입지원(상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해) 특별약관
5. 보장보험료100%납입지원(상해/질병50%이상후유장해,뇌혈관/허혈성심장특정질환) 특별약관
6. 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외)

2 이 특별약관에서 "납입지원대상 보장보험료"라 함은 제1항의 "납입지원대상 보장"의 납입 1회당 보장보험료를 말하며, 사고 당시 기준으로 계산합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

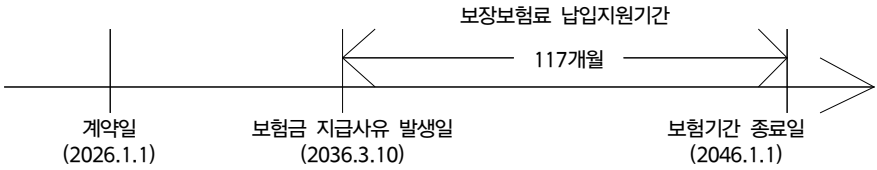
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "4대유사암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여, 보장보험료 납입지원기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 아래의 금액을 보장보험료 납입지원금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당년도의 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
보장보험료 납입지원금	“납입지원대상 보장보험료”의 50% × 당해연도 납입지원 개월수	보장보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액(1회 지급액) 확정지급

2 제1항의 “보장보험료 납입지원기간”이라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다.

3 제1항의 “당해연도 납입지원 개월수”라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 보험금 지급사유 발생일(최초 보험금 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 월단위 기간(월단위 미만의 끝수는 버립니다)을 말합니다. 다만, 보험기간 종료일이 포함되어 있는 당해연도의 경우, 보험기간 종료일 전일까지의 월단위 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시] “납입지원대상 보장보험료” 20만원, 보험기간 20년 기준



지급시기 (매년3.10)	당해연도	당해연도 납입지원 개월수	지급금액(1회지급액) : “납입지원대상 보장보험료”의 50% × 당해연도 납입지원 개월수
2036년~ 2044년(9년간)	36.3.10. ~ 37.3.9. 37.3.10. ~ 38.3.9. … 44.3.10. ~ 45.3.9.	12개월 (매년 동일)	20만원의 50%×12개월 =120만원 (매년동일)
2045년	45.3.10. ~ 45.12.31.	9개월주)	20만원의 50%×9개월 =90만원
총 지급 합계		**117개월**	**1,170만원**

주) 보험기간 내 마지막 보험금 지급사유발생일 2045.12.10. 부터 보험기간 마지막 날 2045.12.31 까지는 월단위 기간이 되지않으므로 납입지원 개월수에 해당되지 않음.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “4대유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보장보험료 납입지원금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

3 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장보험료 납입지원금은 보험수익자의 요청에 의하여 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보장보험료 납입지원금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 제1항 이외에도 보통약관 제3절. 납입면제조항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특별약

관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료는 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험료 납입기간과 동일합니다.
2 제1항에도 불구하고 계약자가 보통약관의 보험료 납입기간 중 회사의 승낙을 얻어 보통약관의 보험료 납입기간을 변경할 경우 회사는 이 특별약관의 보험기간을 보통약관의 보험료 납입기간과 동일하게 변경합니다. 이 경우 변경된 "납입지원대상 보장보험료"를 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-214. 보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환) 특별약관(3,4종)

제1조("뇌혈관특정질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌혈관특정질환"이라 함은 뇌혈관특정질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌혈관특정질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관특정질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관특정질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조("허혈성심장특정질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "허혈성심장특정질환"이라 함은 허혈성심장특정질환 분류표(【별표27】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "허혈성심장특정질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장특정질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장특정질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“납입지원대상 보장” 및 “납입지원대상 보장보험료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “납입지원대상 보장”이라 함은 이 계약의 계약자가 가입한 보통약관 및 특별약관 중에서 아래의 특별약관을 제외한 보장을 말합니다.

1. 갱신형 특별약관
2. 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관
3. 보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환) 특별약관
4. 보장보험료100%납입지원(상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해) 특별약관
5. 보장보험료100%납입지원(상해/질병50%이상후유장해,뇌혈관/허혈성심장특정질환) 특별약관
6. 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외)

2 이 특별약관에서 “납입지원대상 보장보험료”라 함은 제1항의 “납입지원대상 보장”의 납입 1회당 보장보험료를 말하며, 사고 당시 기준으로 계산합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

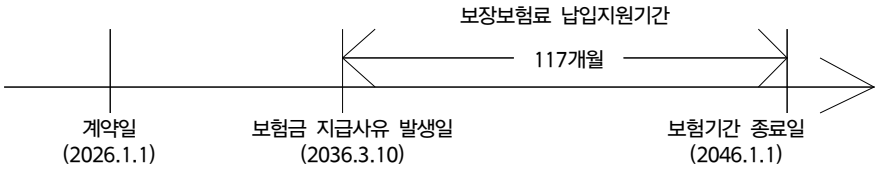
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관특정질환” 또는 “허혈성심장특정질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여, 보장보험료 납입지원기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 아래의 금액을 보장보험료 납입지원금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당년도의 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
보장보험료 납입지원금	“납입지원대상 보장보험료” × 당해연도 납입지원 개월수	보장보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액(1회 지급액) 확정지급

2 제1항의 “보장보험료 납입지원기간”이라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다.

3 제1항의 “당해연도 납입지원 개월수”라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 보험금 지급사유 발생일(최초 보험금 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 월단위 기간(월단위 미만의 끝수는 버립니다)을 말합니다. 다만, 보험기간 종료일이 포함되어 있는 당해연도의 경우, 보험기간 종료일 전일까지의 월단위 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시] “납입지원대상 보장보험료” 20만원, 보험기간 20년 기준



지급시기 (매년3.10)	당해연도	당해연도 납입지원 개월수	지급금액(1회지급액) : “납입지원대상 보장보험료” × 당해연도 납입지원 개월수
2036년~ 2044년(9년간)	36.3.10. ~ 37.3.9. 37.3.10. ~ 38.3.9. … 44.3.10. ~ 45.3.9.	12개월 (매년 동일)	20만원×12개월 =240만원 (매년동일)
2045년	45.3.10. ~ 45.12.31.	9개월주)	20만원×9개월 = 180만원
총 지급 합계		**117개월**	**2,340만원**

주) 보험기간 내 마지막 보험금 지급사유발생일 2045.12.10. 부터 보험기간 마지막 날 2045.12.31 까지는 월단위 기간이 되지않으므로 납입지원 개월수에 해당되지 않음.

4 보장보험료 납입지원금은 보험수익자의 요청에 의하여 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “뇌혈관특정질환” 또는 “허혈성심장특정질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보장보험료 납입지원금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

3 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장보험료 납입지원금은 보험수익자의 요청에 의하여 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보장보험료 납입지원금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 제1항 이외에도 보통약관 제3절. 납입면제조항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료는 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험료 납입기간과 동일합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 보통약관의 보험료 납입기간 중 회사의 승낙을 얻어 보통약관의 보험료 납입기간을 변경할 경우 회사는 이 특별약관의 보험기간을 보통약관의 보험료 납입기간과 동일하게 변경합니다. 이 경우 변경된 “납입지원대상 보장보험료”를 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604
3. 상해 및 질병 관련 특별약관

3-1. 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"의 정의)
이 특별약관에서 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
"본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환"(【별표74】 참조)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"(【별표75】 참조)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
"본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환"(【별표74】 참조)에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"(【별표75】 참조) 에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
"본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환"(【별표74】 참조)에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 단, "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"(【별표75】 참조)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

주1) NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.
주2) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
주3) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]
「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 본인부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.
(관련법령【부록】 참조)

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 보험기간 중 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액	지급한도
이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금은 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

② 이 특별약관에서 "연간"이란, 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-2. 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("중증질환자 심장질환 산정특례대상"의 정의)
이 특별약관에서 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
"본인일부부담금 산정특례 심장질환"(【별표76】 참조)에 해당하는 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술"(【별표77】 참조)에 해당하는 수술 또는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분"(【별표78】 참조)에 해당하는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 ※ 단, "본인일부부담금 산정특례 심장질환"(【별표76】 참조)에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술"(【별표77】 참조)에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]
「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 본인부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증질환자 심장질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.
(관련법령【부록】참조)

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 보험기간 중 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비으로 보험수익자에게 지급합니다.
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

지급금액	지급한도
이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금은 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
2 이 특별약관에서 "연간"이란, 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
3 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증질환자 심장질환 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)
1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
   1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
   2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증질환자 심장질환 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-3. 통합뇌관련질환진단비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 6개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합뇌관련질환진단비(뇌전증)
- 통합뇌관련질환진단비(일과성뇌허혈발작)
- 통합뇌관련질환진단비(뇌출혈)
- 통합뇌관련질환진단비(뇌졸중(뇌출혈제외))
- 통합뇌관련질환진단비(뇌혈관특정질환)
- 통합뇌관련질환진단비(특정상해성뇌출혈)

제1조(“통합뇌관련질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “통합뇌관련질환”이라 함은 통합뇌관련질환 분류표(【별표123】 참조)에서 정한 “뇌전증”, “일과성뇌허혈발작”, “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “뇌혈관특정질환” 및 “특정상해성뇌출혈”을 말하며, 질병·상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “뇌전증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “뇌전증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 “일과성뇌허혈발작”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌영상검사(초음파, CT, MRI등) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “일과성뇌허혈발작”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4 “뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “뇌출혈”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

5 “뇌졸중(뇌출혈제외)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “뇌졸중(뇌출혈제외)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

6 “뇌혈관특정질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “뇌혈관특정질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

7 “특정상해성뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “특정상해성뇌출혈”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

8 제2항 내지 제7항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌전증”, “일과성뇌허혈발작”, “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “뇌혈관특정질환” 및 “특정상해성뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌전증”, “일과성뇌허혈발작”, “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “뇌혈관특정질환” 및 “특정상해성뇌출혈”로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “통합뇌관련질환”으로 진단확정된 경우에는 세부보장별(“뇌전증”, “일과성뇌허혈발작”, “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “뇌혈관특정질환”, “특정상해성뇌출혈”)로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합뇌관련질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액
뇌전증	뇌전증진단비[주1]의 보험가입금액
일과성뇌허혈발작	일과성뇌허혈발작진단비[주2]의 보험가입금액
뇌출혈	뇌출혈진단비[주3]의 보험가입금액
뇌졸중(뇌출혈제외)	뇌졸중(뇌출혈제외)진단비[주4]의 보험가입금액
뇌혈관특정질환	뇌혈관특정질환진단비[주5]의 보험가입금액
특정상해성뇌출혈	특정상해성뇌출혈진단비[주6]의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
뇌전증	뇌전증진단비[주1] 보험가입금액의 50%	뇌전증진단비[주1]의 보험가입금액
일과성뇌허혈발작	일과성뇌허혈발작진단비[주2] 보험가입금액의 50%	일과성뇌허혈발작진단비[주2]의 보험가입금액
뇌출혈	뇌출혈진단비[주3] 보험가입금액의 50%	뇌출혈진단비[주3]의 보험가입금액
뇌졸중(뇌출혈제외)	뇌졸중(뇌출혈제외)진단비[주4] 보험가입금액의 50%	뇌졸중(뇌출혈제외)진단비[주4]의 보험가입금액
뇌혈관특정질환	뇌혈관특정질환진단비[주5] 보험가입금액의 50%	뇌혈관특정질환진단비[주5]의 보험가입금액
특정상해성뇌출혈	특정상해성뇌출혈진단비[주6]의 보험가입금액	

주1) 통합뇌관련질환진단비(뇌전증)
주2) 통합뇌관련질환진단비(일과성뇌허혈발작)
주3) 통합뇌관련질환진단비(뇌출혈)
주4) 통합뇌관련질환진단비(뇌졸중(뇌출혈제외))
주5) 통합뇌관련질환진단비(뇌혈관특정질환)
주6) 통합뇌관련질환진단비(특정상해성뇌출혈)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "통합뇌관련질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 통합뇌관련질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합뇌관련질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비, 일과성뇌허혈발작진단비, 뇌출혈진단비, 뇌졸중(뇌출혈제외)진단비, 뇌혈관특정질환진단비, 특정상해성뇌출혈진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합뇌관련질환진단비를 세부보장별("뇌전증", "일과성뇌허

혈발작", "뇌출혈", "뇌졸중(뇌출혈제외)", "뇌혈관특정질환", "특정상해성뇌출혈")로 각각 1회씩 총 6회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-4. 추간판장애진단비 특별약관

제1조("추간판장애"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "추간판장애"라 함은 추간판장애 분류표(【별표70】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "추간판장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "추간판장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 "추간판장애"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 추간판장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일로부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
-	이 특별약관의 보험가입금액

【3종(납입면제형, 기본형)】, 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】, 【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일로부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
질병	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액		

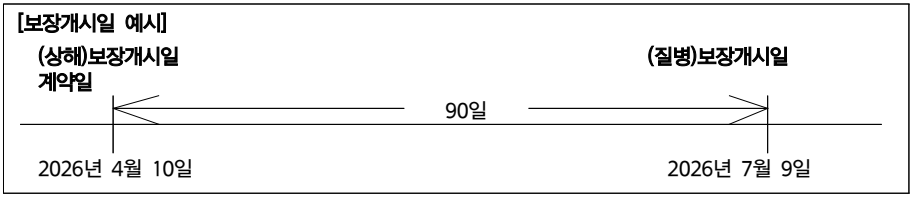
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2 제1항에도 불구하고 상해의 직접 결과로써 "추간판장애"로 진단확정되는 경우의 보장개시일은 계약일로 합니다.



제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "추간판장애"로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 추간판장애진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-5. 추간판장애수술비 특별약관

제1조("추간판장애"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "추간판장애"라 함은 추간판장애 분류표(【별표70】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "추간판장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "추간판장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합

니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “추간판장애”로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 “추간판장애”를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 추간판장애수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 추간판장애수술로 봅니다. 다만, 추간판장애수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 “추간판장애”로 수술을 받는 경우에는 다른 “추간판장애”로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-6. 관절증(엉덩,무릎)수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("관절증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "관절증"이라 함은 관절증(엉덩,무릎) 분류표(【별표71】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "관절증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "관절증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "관절증"으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 관절증(엉덩,무릎)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유

가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-7. 5대장기이식수술비(1회한) 특별약관

제1조("5대장기" 및 "5대장기이식수술"의 정의)
1 이 특별약관에서 "5대장기"라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "5대장기이식수술"이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 "5대장기"를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, "랑게르한스 소도세포이식수술"은 "5대장기이식수술"로 보지 않습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「장기 등 이식에 관한 법률」 제25조(장기이식의료기관)(【부록】 참조)에서 정한 장기이식의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 장기이식수혜자로서 이 특별약관의 보험기간 중에 "5대장기이식수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-8. 각막이식수술비(1회한) 특별약관

제1조("각막이식수술"의 정의)
이 특별약관에서 "각막이식수술"이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「장기 등 이식에 관한 법률」 제25조(장기이식의료기관)(【부록】 참조)에서 정한 장기이식의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 장기이식수혜자로서 이 특별약관의 보험기간 중에 "각막이식수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1. 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3. 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-9. 유방절제수술비(1회한) 특별약관

제1조("유방절제수술"의 정의 및 장소)
1. 이 특별약관에서 "유방절제수술(Total Mastectomy)"이라 함은 유방절제수술 분류표(【별표72】 참조)에서 정한 수술로서, 수술분류기준은 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)에 따릅니다. 다만, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제,

미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 “유방절제수술”로 보지 않습니다.

2 제1항의 “유방절제수술”은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 “유방절제수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방절제수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-10. 창상봉합술치료발생금(안면부제외,1일1회,연간3회한,급여) 특별약관

제1조(“급여 창상봉합술(안면부제외)”의 정의)

1 이 특별약관에서 “급여 창상봉합술(안면부제외)”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표(【별표73】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준”을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 창상봉합술(안면부제외)” 외에 “급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준”에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 중에 "급여 창상봉합술(안면부제외)"(이하 "입원 급여 창상봉합술(안면부제외)"라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 "급여 창상봉합술(안면부제외)"(이하 "외래 급여 창상봉합술(안면부제외)"라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 창상봉합술치료발생금(안면부제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항에서 정한 "안면부"란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
③ 제1항의 창상봉합술치료발생금(안면부제외)은 "급여 창상봉합술(안면부제외)"의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.
④ 제3항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 창상봉합술(안면부제외)"을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서 등)
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-11. 깁스치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 깁스치료비는 같은 질병 또는 상해로 인하여 "깁스(Cast)치료"를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
③ 이 특별약관에서 "깁스(Cast)치료"라 함은 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 석고붕대

또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음, 굳어지게 하는 치료법을 말합니다. 다만, "부목(Splint cast)치료"는 "깁스(Cast)치료"에 포함되지 않습니다.

4 이 특별약관에서 "부목(Splint cast)치료"란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-12. 응급실내원치료비(응급) 특별약관

제1조("응급실" 및 "응급환자"의 정의)

1 이 특별약관에서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호(【부록】 참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【부록】 참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【부록】 참조)에서 정한 "응급증상 및 이에 준하는 증상" 또는 "응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상"이 있는 자를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 "응급환자"에 해당되어 "응급실"에 내원하여 진료받은 경우, 내원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원치료비(응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운

전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박탑승

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-13. 상해통합치료비(고급형), 상해통합치료비(일반형), 상해통합치료비(실속형) 특별약관

제1조("급여 MRI촬영검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 MRI촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 MRI촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 MRI촬영검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 MRI촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

제2조("급여 CT촬영검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 CT촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 CT촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
전산화단층영상진단	다-245

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 CT촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규

정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 CT촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 CT촬영검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 CT촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

제3조("급여 골밀도검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 골밀도검사"는 급여 골밀도검사 분류표(【별표144】 참조)에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 골밀도검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항의 "급여 골밀도검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 골밀도검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 골밀도검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 골밀도검사 분류표"(【별표144】 참조)에서 정한 진료행위 외에 "급여 골밀도검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[골밀도검사]
방사선을 이용하여 우리 몸 특정 부위의 골 밀도를 측정한 후 결과를 수치화하여 나타내는 검사로, 골밀도 측정을 통해 골다공증 및 골연화증의 조기발견 및 골절의 치료경과 평가를 위해 주로 시행하는 검사를 말합니다.

제4조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(상해 통합치료(1-5종수술)의 경우 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술(단, 상해 통합치료(1-5종수술)에서는 보장합니다)
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 상해 통합치료(1-5종수술)의 경우 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다

제5조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제6조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제7조("수혈"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수혈"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[수혈]
의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "수혈"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

4 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "수혈" 이외에 추가로 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제8조("깁스(Cast)치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "깁스(Cast)치료"라 함은 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음, 굳어지게 하는 치료법을 말합니다. 다만, "부목(Splint cast)치료"는 "깁스(Cast)치료"에 포함되지 않습니다.

2 이 특별약관에서 "부목(Splint cast)치료"란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키는 치료법을 말합니다.

제9조("급여 안면부창상봉합술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 안면부창상봉합술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료

급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 안면부창상봉합술 분류표(【별표151】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술" 외에 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제10조("급여 창상봉합술(안면부제외)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 창상봉합술(안면부제외)"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표(【별표73】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외)" 외에 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제11조("응급실"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호(【부록】 참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【부록】 참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

제12조("응급환자"의 정의)

이 특별약관에서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【부록】 참조)에서 정한 "응급증상 및 이에 준하는 증상" 또는 "응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상"이 있는 자를 말합니다.

제13조("급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 분류표(【별표146】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT)" 외에 "급

여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제14조("급여 인공호흡기치료(12시간초과)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 분류표(【별표147】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)" 외에 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제15조("급여 저체온요법치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 저체온요법치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 저체온요법치료 분류표(【별표148】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 저체온요법치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 저체온요법치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 저체온요법치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 저체온요법치료" 외에 "급여 저체온요법치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제16조("급여 부분체외순환치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 부분체외순환치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 부분체외순환치료 분류표(【별표149】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 부분체외순환치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 부분체외순환치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 부분체외순환치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 부분체외순환치료" 외에 "급여 부분체외순환치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제17조("급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 전신마취"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 전신마취 의료행위 분류표(【별표150】 참조)의 진료행위(「국민건강보험법」에서

정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 전신마취 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

2 제1항의 "급여 전신마취"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다. 단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

3 제1항의 "급여 전신마취"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목으로 발생한 경우를 말합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 전신마취 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 전신마취 인정기준"을 따릅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 전신마취 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

6 이 특별약관에서 "급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)"라 함은 수술시점 기준 종합병원에서 급여 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우를 말합니다.

제18조("중증외상 산정특례대상"의 정의)

이 특별약관에서 "중증외상 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증외상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증외상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

"중증외상 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증외상 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다.
(관련법령 【부록】 참조)

제19조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제20조("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서

치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제21조("급여 상해재활치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 상해재활치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 상해 자체 및 해당 상해의 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 7장 이학요법료에서 정한 진료행위(이하 "급여 상해재활치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 상해재활치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 상해재활치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 상해재활치료" 외에 "급여 상해재활치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제22조("상해 통합치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "상해 통합치료"라 함은 "상해 통합치료(검사)", "상해 통합치료(1-5종수술)", "상해 통합치료(수술)", "상해 통합치료(치료Ⅰ)", "상해 통합치료(치료Ⅱ)" 및 "상해 통합치료(재활치료)"를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "상해 통합치료(검사)"라 함은 아래에 정한 통합치료 항목을 말합니다.

구분	통합치료 항목
상해 통합치료(검사)	상해MRI촬영검사비
	상해CT촬영검사비
	골밀도검사비

3 이 특별약관에서 "상해 통합치료(1-5종수술)"라 함은 아래에 정한 통합치료 항목을 말합니다.

구분	통합치료 항목
상해 통합치료(1-5종수술)	상해1-5종수술비(1종)
	상해1-5종수술비(2종)
	상해1-5종수술비(3종)
	상해1-5종수술비(4종)
	상해1-5종수술비(5종)

4 이 특별약관에서 "상해 통합치료(수술)"라 함은 아래에 정한 통합치료 항목을 말합니다.

구분	통합치료 항목
상해 통합치료(수술)	상해종합병원수술비
	상해상급종합병원수술비

5 이 특별약관에서 "상해 통합치료(치료Ⅰ)"라 함은 아래에 정한 통합치료 항목을 말합니다.

구분	통합치료 항목
상해 통합치료(치료Ⅰ)	상해특정수혈치료비
	깁스치료비
	창상봉합술치료비(안면부)
	창상봉합술치료비(안면부제외)
	응급실내원치료비

6 이 특별약관에서 "상해 통합치료(치료Ⅱ)"라 함은 아래에 정한 통합치료 항목을 말합니다.

구분	통합치료 항목
상해 통합치료(치료Ⅱ)	지속적신대체요법치료비
	인공호흡기치료비(12시간초과)
	저체온요법치료비
	부분체외순환치료비
	종합병원전신마취치료비(6시간이상)
	중증외상산정특례대상치료비
	종합병원중환자실치료비

7 이 특별약관에서 “상해 통합치료(재활치료)”라 함은 아래에 정한 통합치료 항목을 말합니다.

구분	통합치료 항목
상해 통합치료(재활치료)	상해재활치료비

제23조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 통합치료 항목별 지급사유에 따라 “상해 통합치료”를 받은 경우 각 통합치료 항목별 지급금액을 항목별 지급한도에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 통합치료 항목별 지급사유라 함은 아래의 지급사유를 말합니다.

구분	통합치료 항목	지급사유
상해 통합치료(검사)	상해MRI촬영검사비	상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 MRI촬영검사”를 받은 경우
	상해CT촬영검사비	상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 CT촬영검사”를 받은 경우
	골밀도검사비	상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 골밀도검사”을 받은 경우
상해 통합치료(1-5종수술)	상해1-5종수술비(1종)	상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 1종 수술을 받은 경우
	상해1-5종수술비(2종)	상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 2종 수술을 받은 경우
	상해1-5종수술비(3종)	상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 3종 수술을 받은 경우
	상해1-5종수술비(4종)	상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 4종 수술을 받은 경우
	상해1-5종수술비(5종)	상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 5종 수술을 받은 경우
상해 통합치료(수술)	상해종합병원수술비	상해의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우
	상해상급종합병원수술비	상해의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우
상해 통합치료(치료Ⅰ)	상해특정수혈치료비	상해의 직접적인 치료를 목적으로 “수혈”을 받은 경우
	깁스치료비	상해 또는 진단확정된 질병의 직접결과로써 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우
	창상봉합술치료비(안면부)	상해 또는 질병의 직접결과로써 안면부에 입원 중에 또는 통원하여 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우
	창상봉합술치료비(안면부제외)	상해 또는 질병의 직접결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 중에 또는 통원하여 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우
	응급실내원치료비	상해 또는 질병으로 인하여 응급환자에 해당되어 응

구분	통합치료 항목	지급사유
		급실에 내원하여 진료를 받은 경우
상해 통합치료(치료Ⅱ)	지속적신대체요법치료비	상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)”를 받은 경우
	인공호흡기치료비(12시간초과)	상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”를 받은 경우
	저체온요법치료비	상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 저체온요법치료”를 받은 경우
	부분체외순환치료비	상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 부분체외순환치료”를 받은 경우
	종합병원전신마취치료비(6시간이상)	상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 종합병원전신마취치료(6시간이상)”를 받은 경우
	중증외상산정특례대상치료비	상해로 인하여 “중증외상 산정특례대상”으로 등록되는 경우
	종합병원중환자실치료비	상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
상해 통합치료(재활치료)	상해재활치료비	상해의 결과로써 입원 중에 또는 통원하여 “급여 상해재활치료”를 받은 경우

3 제1항의 통합치료 항목별 지급금액 및 지급한도라 함은 아래의 지급금액 및 지급한도를 말합니다.

구분	통합치료 항목	지급한도	형별 지급금액		
			고급형	일반형	실속형
상해 통합치료(검사)	상해MRI촬영검사비	연간 1회한	10만원	5만원	3만원
	상해CT촬영검사비	연간 1회한	10만원	5만원	3만원
	골밀도검사비	연간 1회한	3만원	3만원	3만원
상해 통합치료(1-5종수술)	상해1-5종수술비(1종)	수술 1회당	20만원	10만원	10만원
	상해1-5종수술비(2종)		30만원	30만원	10만원
	상해1-5종수술비(3종)		300만원	100만원	10만원
	상해1-5종수술비(4종)		1,000만원	500만원	100만원
	상해1-5종수술비(5종)		2,000만원	1,000만원	1,000만원
상해 통합치료(수술)	상해종합병원수술비	사고 1회당	200만원	100만원	50만원
	상해상급종합병원수술비	사고 1회당	100만원	50만원	30만원
상해 통합치료(치료Ⅰ)	상해특정수혈치료비	각 연간 3회한	30만원	20만원	10만원
	깁스치료비	사고 1회당	50만원	30만원	10만원
	창상봉합술치료비(안면부)	각 1일 1회한	50만원	30만원	10만원
	창상봉합술치료비(안면부제외)	연간 3회한(입원/외래 각각 1일 1회한)	50만원	30만원	10만원
	응급실내원치료비	내원 1회당	5만원	3만원	2만원
상해 통합치료(치료Ⅱ)	지속적신대체요법치료비	연간 1회한	500만원	300만원	300만원
	인공호흡기치료비(12시간초과)	연간 1회한	200만원	100만원	50만원
	저체온요법치료비	연간 1회한	100만원	100만원	50만원
	부분체외순환치료비	연간 1회한	2,000만원	1,500만원	1,000만원
	종합병원전신마취치료비(6시간이상)	수술 1회당	500만원	400만원	300만원
	중증외상산정특례대상치료비	연간 1회한	1,000만원	800만원	500만원
	종합병원중환자실치료비	연간 1회한	1,000만원	800만원	500만원

구분	통합치료 항목	지급한도	형별 지급금액		
			고급형	일반형	실속형
상해 통합치료 (재활치료)	상해재활치료비	연간 15회한 (입원/외래 각각 1일 1회한)	2만원	2만원	1만원

4 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제24조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "상해 통합치료(검사)"는 검사의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 통합치료 항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않으며, 한도 산정의 기준일자는 각각의 "상해 통합치료(검사)"를 받은 날로 합니다.

2 "상해 통합치료(1-5종수술)"는 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 상해1-5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다. 이때 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

3 "상해 통합치료(수술)" 중 상해종합병원수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다. 종합병원 여부에 대한 판단은 수술시점 기준으로 합니다.

4 "상해 통합치료(수술)" 중 상해상급종합병원수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다. 상급종합병원 여부에 대한 판단은 수술시점 기준으로 합니다.

5 "상해 통합치료(치료Ⅰ)" 중 상해특정수혈치료비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제23조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 아래의 지급기준에 따라 지급금액 및 지급한도를 적용합니다.

구 분	지급기준	형별 지급금액			지급한도
		고급형	일반형	실속형	
특정수혈치료 (전혈 및 분획제제)	전혈, 혈액성분제제 중 분획제제에 의한 수혈시 (전혈기준 합산 400㎖ 당 1회)	30만원	20만원	10만원	연간 3회한
특정수혈치료 (혈액성분채집술)	혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시 (합산 250㎖ 당 1회)	30만원	20만원	10만원	연간 3회한

단, "수혈"의 진료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예 : 1.3회 → 2회로 산정)하여 상기 상해특정수혈치료비 지급기준을 적용합니다.

[혈액성분의 분류]

1. 전혈 : 혈액의 모든 성분(적혈구, 백혈구, 혈장, 혈소판)이 포함된 혈액
2. 분획제제에 의한 혈액성분 : 전혈을 원료로 원심분리 등을 통해 각각 분리하여 추출한 혈액성분
3. 성분채집술에 의한 혈액성분 : 채혈과정부터 혈액성분채혈기를 이용하여 혈소판, 혈장, 적혈구, 백혈구 등의 필요한 특정 성분만을 분리하여 채혈하고, 나머지 혈액성분은 헌혈자에게 되돌려 주는 방식에 따라 추출된 혈액성분

※ 상기 혈액성분의 분류는 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 따라 분류합니다.

[보험금 지급 예시]

– 상해로 수혈을 받은 경우 (지급금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급 보험금
사례1	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320㎖ 1pack, 400㎖ 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320㎖ + 400㎖) / 400㎖ = 1.8)
사례2	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250㎖ 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급한도 적용)
사례3	사례2의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집 혈장(X2504) 1pack(500㎖ 1pack)을 한번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도 초과
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500㎖ 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500㎖ X 1 / 250㎖ = 2)

2. 제1호의 경우 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 총 “수혈” 진료행위의 횟수에 대하여 “특정수혈치료(전혈 및 분획제제)”, “특정수혈치료(혈액성분채집술)” 별로 상해특정수혈치료비를 지급합니다.
3. 제1호 및 제2호의 상해특정수혈치료비는 “수혈”의 직접적인 원인, 수혈의 종류 및 수혈 부위와 상관없이 “전혈 및 분획제제” 또는 “혈액성분채집술”별 각각 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.
4. 상해특정수혈치료비의 한도 산정 기준일자는 각 “전혈 및 분획제제” 또는 “혈액성분채집술”에 의한 수혈을 받은 날로 합니다.
5. “특정수혈치료(전혈 및 분획제제)”, “특정수혈치료(혈액성분채집술)”로 인하여 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각 그 보험금을 지급합니다.

6 “상해 통합치료(치료Ⅰ)” 중 깁스치료비는 같은 질병 또는 상해로 인하여 “깁스(Cast)치료”를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

7 “상해 통합치료(치료Ⅰ)” 중 창상봉합술치료비(안면부)는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제23조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부에 입원 중에 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우 및 통원하여 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.
2. 제1호의 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.

8 “상해 통합치료(치료Ⅰ)” 중 창상봉합술치료비(안면부제외)는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제23조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 중에 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우 및 통원하여 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.
2. 제1호의 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
3. 창상봉합술치료비(안면부제외)는 “급여 창상봉합술(안면부제외)”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.
4. 창상봉합술치료비(안면부제외)의 한도 산정의 기준일자는 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 날로 합니다.

9 “상해 통합치료(치료Ⅰ)” 중 응급실내원치료비는 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

10 “상해 통합치료(치료Ⅱ)” 중 지속적신대체요법치료비, 인공호흡기치료비(12시간초과), 저체온요법치료비 및 부분체외순환치료비는 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)”, “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”, “급여 저체온요법치료” 및 “급여 부분체외순환치료”의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 통합치료 항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않으며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)”, “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”, “급여 저체온요법치료” 및 “급여 부분체외순환치료”를 받은 날로 합니다.

11 “상해 통합치료(치료Ⅱ)” 중 종합병원전신마취치료비(6시간이상)의 마취시간은 “급여 전신마취”를 이용

한 수술 1회당 마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 "급여 전신마취"를 이용한 수술을 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

[보험금 지급예시]

▸ 종합병원에서 L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지)주1) 20회의 수술을 받은 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 20회 = 360분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때 마다 산정

⑫ "상해 통합치료(치료Ⅱ)" 중 중증외상산정특례대상치료비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.
1. 제18조("중증외상 산정특례대상"의 정의)에서 정하는 중증외상산정특례대상에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
2. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
3. 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증외상 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑬ 상해 통합치료(치료Ⅱ)" 중 종합병원중환자실치료비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.
1. 한도 산정의 기준일자는 종합병원 중환자실 입원시작일로 합니다.
2. 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날을 기준으로 제23조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 종합병원 이외 병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원으로 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제23조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑭ "상해 통합치료(재활치료)"는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.
1. 제23조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 상해의 직접 결과로써 입원 중에 "급여 상해재활치료"를 받은 경우 및 통원하여 "급여 상해재활치료"를 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.
2. 제1호의 "상해 통합치료(재활치료)"는 입원 중에 받은 "급여 상해재활치료" 및 통원하여 받은 "급여 상해재활치료"를 합산하여 연간 15회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3. 한도 산정 기준일자는 "급여 상해재활치료"를 받은 날로 합니다.

제25조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급하며, "상해 통합치료(치료Ⅰ) 중 응급실내원치료비"의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제23조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 "상해 통합치료(1-5종수술)", "상해 통합치료(수술)", "상해 통합치료(치료Ⅰ) 중 상해특정수혈치료비"의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 "수혈"은 상해특정수혈치료비 항목에서 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

4 회사는 다음에 해당하는 경우에는 "상해 통합치료(치료Ⅰ) 중 상해특정수혈치료비"의 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 정한 조혈모세포의 주입(진료행위코드 X5131~X5137)을 받는 경우
2. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 정한 동종 공여자 림프구 주입(진료행위코드 X5051)을 받는 경우
3. 자가수혈

제26조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증외상 산정특례 대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가

추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제27조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. “상해MRI촬영검사비”, “상해CT촬영검사비”, “골밀도검사비“, ”상해특정수혈치료비“, ”창상봉합술치료비(안면부)“, ”창상봉합술치료비(안면부제외)“, ”지속적신대체요법치료비“, ”인공호흡기치료비(12시간초과)“, ”저체온요법치료비“, ”부분체외순환치료비“, ”상해재활치료비“의 경우 : 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서 등)
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
2. “종합병원전신마취치료비(6시간이상)”의 경우 : 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 수술증명서, 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등의 진료기록부, 각종사고 증명서류 등)
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. “중증외상산정특례대상치료비”의 경우 : 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3 제1항 제2호 및 제2항 각 호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제28조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-14. 입원생활비(연간180일한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

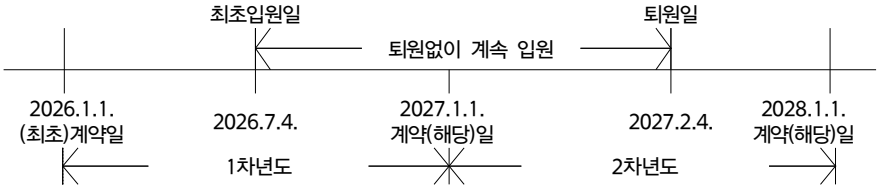
이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2026년 2026.7.4. ~2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-15. 자녀돌봄지원금포함입원생활비(각연간180일한도) 특별약관

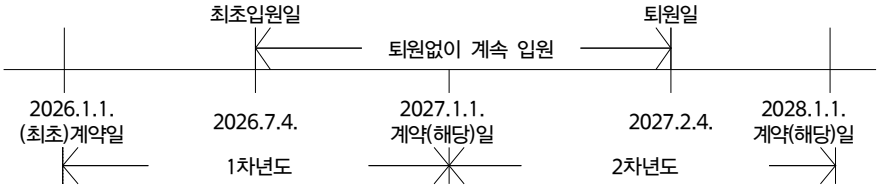
이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 입원생활비(연간180일한도)
- 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("출산" 등의 정의)
1 이 특별약관에서 "출산"이라 함은 보험기간 중에 피보험자가 임신하여 자녀를 출산한 경우를 말하며, 계약일 이전에 이미 출산한 자녀가 있다고 하더라도 계약일 이후에 발생한 출산만 "출산"으로 봅니다.
2 이 특별약관에서 "최초출산"이라 함은 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 "출산"에 대한 보장개시일 이후에 피보험자가 최초로 자녀를 "출산"한 경우를 말하며, 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 "출산"은 "최초출산"으로 보지 않습니다.
3 제1항의 "출산"은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 입원생활비(연간180일한도)의 보험가입금액을 입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.
2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2026년 2026.7.4. ~2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

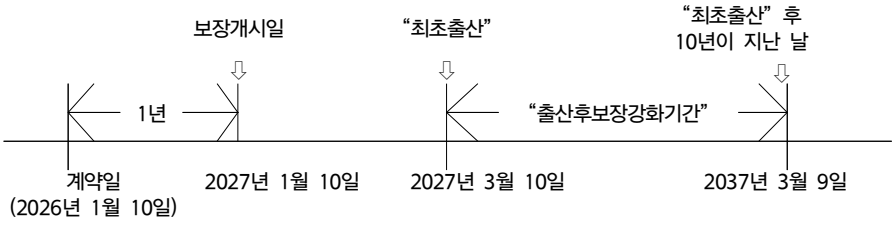
3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후

에 “최초출산”하고, “출산후보장강화기간”중에 진단확정된 “출산”외 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 자녀돌봄지원금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 자녀돌봄지원금의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

계약일로부터 “최초출산”발생일까지의 경과기간	
1년 미만	1년 이상
–	입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)의 보험가입금액

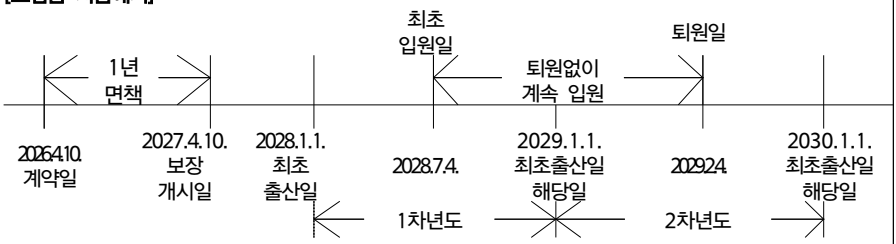
4 제3항의 “출산후보장강화기간”라 함은 “최초출산” 한 날을 포함하여 10년이 지난날까지로 합니다.

[“출산후보장강화기간” 예시]



5 제3항의 “연간”이라 함은 “최초출산” 발생일(이하 “최초출산일”이라 합니다)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 최초출산일 해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 최초출산일 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 최초출산일로 합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2028년 2028.7.4. ~2028.12.31. (181일 입원)
2029년 2029.1.1.~2029.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2028년) 180일한도, 2차년도(2029년) 180일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2028년) 180일, 2차년도(2029년) 35일)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 입원생활비를 지급합니다.

2 피보험자가 “출산후보장강화기간”중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 자녀돌봄지원금을 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하고 보험기간이 종료되더라도, “출산후보장강화기간” 이내에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 자녀돌봄지원금 지급사유가 발생하는 경우 보험기간 종료와 관계없이 자녀돌봄지원금을 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. 피보험자의 출산을 확인할 수 있는 서류(출생증명서, 진료비계산서, 가족관계증명서 등)

2 제1항 제2호 및 제5호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 계약일부터 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “출산”한 경우 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장은 무효로 하며, 이미 납입한 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 “최초출산”하고 “출산후보장강화기간”이 경과한 경우 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장은 소멸되며, 해당 세부보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 다만, 해당 경우에도 입원생활비(연간180일한도)세부보장은 소멸되지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “최초출산”한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장이 소멸되지 않은 경우에는 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 입원생활비(연간180일한도)세부보장이 소멸되지 않은 경우에는 입원생활비(연간180일한도)세부보장의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항 내지 제2항 에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “최초출산”한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장이 소멸되지 않은 경우에는 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 입원생활비(연간180일한도)세부보장이 소멸되지 않은 경우에는 입원생활비(연간180일한도)세부보장의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호 및 제7호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제8호에도 불구하고, 다음 중 어느 하나의 사유로 제2항 제8호의 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장이 소멸되지 않은 경우에는 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 입원생활비(연간180일한도)세부보장이 소멸되지 않은 경우에는 입원생활비(연간180일한도)세부보장의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의4(보험료의 납입면제(3종)) 제2항 제4호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우 또는 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장이 소멸되지 않은 경우에는 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 입원생활비(연간180일한도)세부보장이 소멸되지 않은 경우에는 입원생활비(연간180일한도)세부보장의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호 및 제6호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "최초출산"한 경우에는 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조("암" 및 "출산"에 대한 회사의 납입면제보

장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(납입면제형, 기본형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절 납입면제조항 제12조(“암” 및 “출산”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제4호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의2(“상해50%이상후유장해” 및 “상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의5(보험료의 납입면제(4종)) 제2항 제5호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제14조의3(“질병50%이상후유장해” 및 “질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료

사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

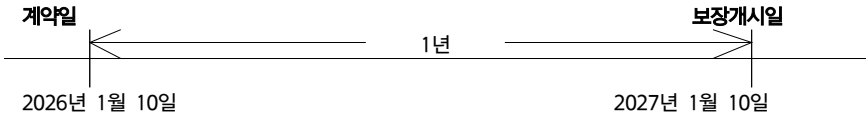
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제11조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



2 입원생활비(연간180일한도)세부보장의 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 입원중자녀돌봄지원금(출산후10년,연간180일한도)세부보장의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “최초출산”하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "출산후보장강화기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

3-16. 종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관

제1조(“종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에

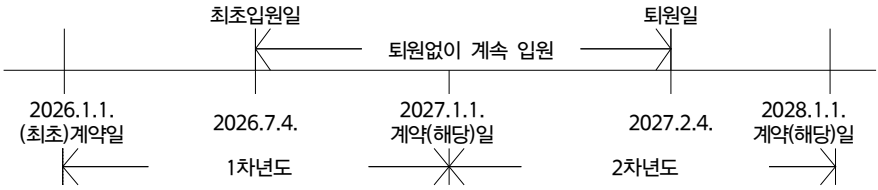
의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 종합병원 입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2026년 2026.7.4. ~2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 종합병원에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

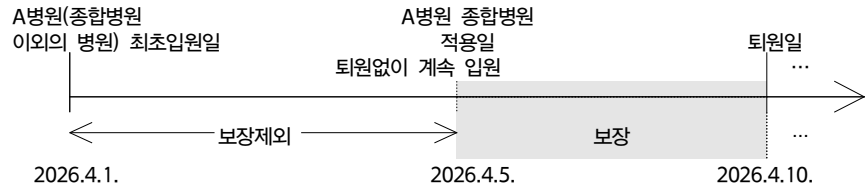
2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

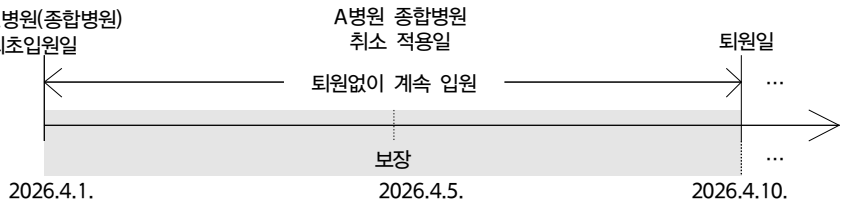
5 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우, 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



6 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

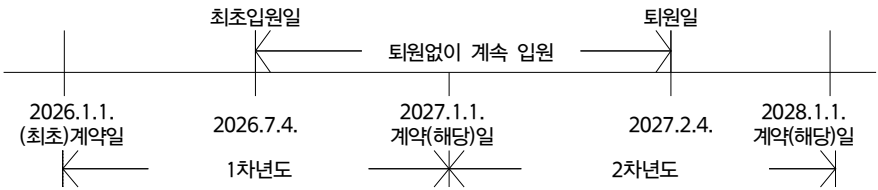
3-17. 상급종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관

제1조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상급종합병원입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.
2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

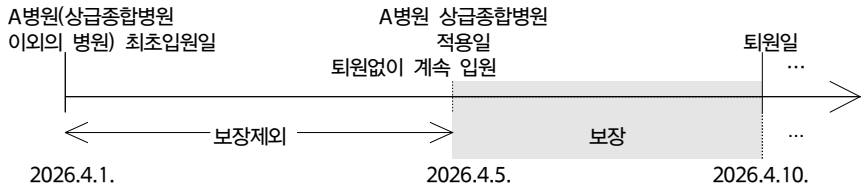
[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2026년 2026.7.4. ~2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

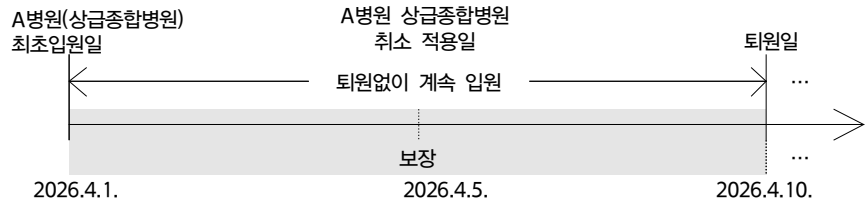
제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 상급종합병원에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.
2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
3 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



6 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

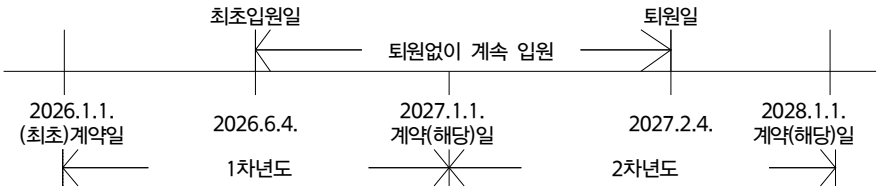
3-18. 입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 180일을 초과하는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원생활비의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.
2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2026년 2026.6.4. ~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2027년) 미지급)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.
2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-19. 종합병원입원생활비(연간181일이상) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을

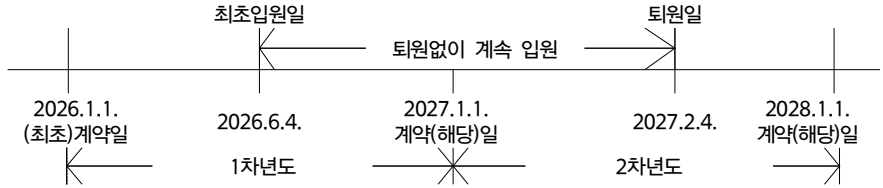
말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 연간 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 180일을 초과하는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 종합병원입원생활비의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2026년 2026.6.4. ~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2027년) 미지급)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 종합병원에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

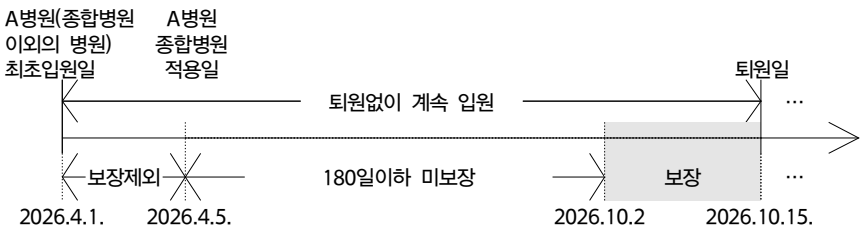
2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

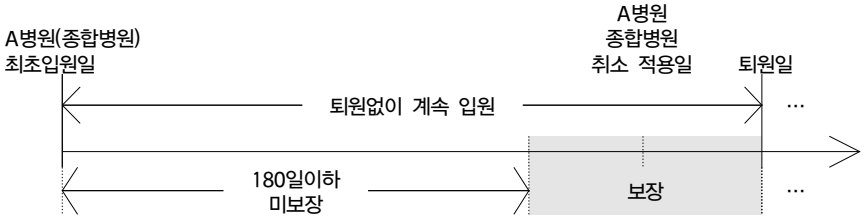
5 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우, 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



6 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-20. 종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관

제1조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

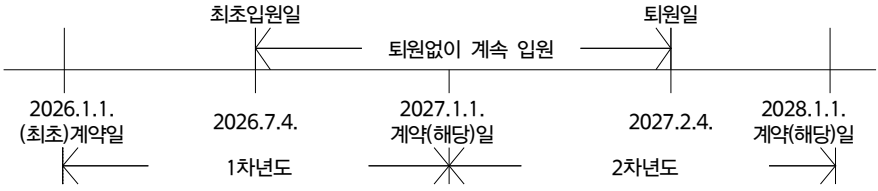
제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우 또는 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 각각 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 종합병원입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 종합병원입원생활비의 지급일수는 1인실 및 2-3인실 각각 연간 30일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	보장한도
종합병원의 1인실에 입원한 경우	이 특별약관의 보험가입금액	연간 30일한도
종합병원의 2-3인실에 입원한 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 30일한도

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



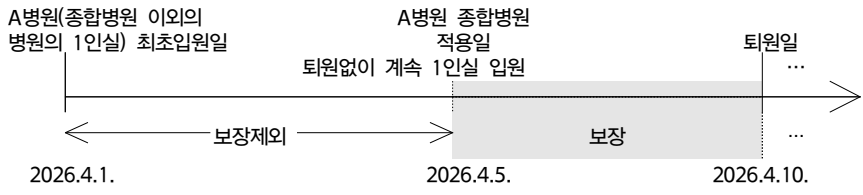
· 연도별 입원일 : 2026년 2026.7.4. ~2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 종합병원의 1인실에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 30일 한도로 합니다.
2 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 종합병원의 2-3인실에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 30일 한도로 합니다.
3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 피보험자가 종합병원의 1인실 또는 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실 또는 2-3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
5 피보험자가 종합병원의 1인실 또는 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실 또는 2-3

인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

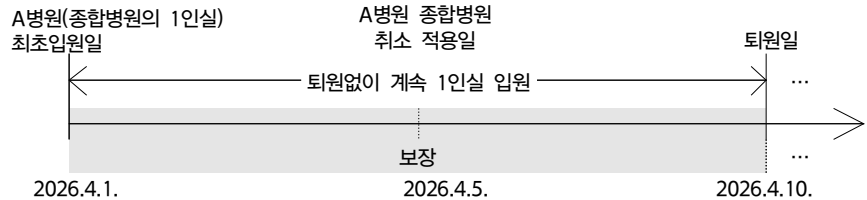
6 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 1인실 또는 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우, 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외의 병원의 1인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



7 피보험자가 종합병원의 1인실 또는 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원의 1인실 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



8 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-21. 상급종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관

제1조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

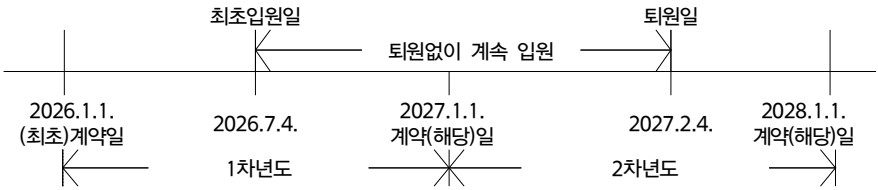
제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우 또는 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 각각 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 상급종합병원입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상급종합병원입원생활비의 지급일수는 1인실 및 2-3인실 각각 연간 30일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	보장한도
상급종합병원의 1인실에 입원한 경우	이 특별약관의 보험가입금액	연간 30일한도
상급종합병원의 2-3인실에 입원한 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 30일한도

② 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2026년 2026.7.4. ~2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 상급종합병원의 1인실에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 30일 한도로 합니다.

2 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 상급종합병원의 2~3인실에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 30일 한도로 합니다.

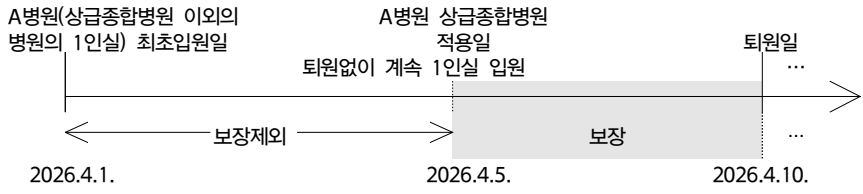
3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 상급종합병원의 1인실 또는 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실또는 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

5 피보험자가 상급종합병원의 1인실또는 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실 또는 2~3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

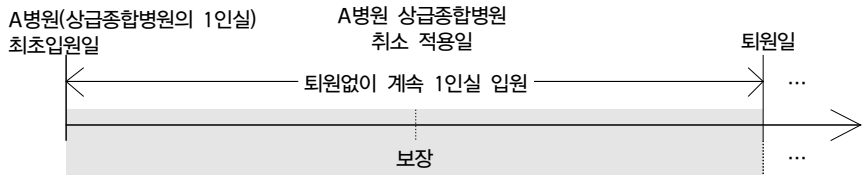
6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 1인실 또는 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



7 피보험자가 상급종합병원의 1인실 또는 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



8 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-22. 간병인사용입원지원금(간병인사용금액연간200만원이상) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

구분	간병인사용입원지원금 (간병인사용금액연간200만원이상) 특별약관
간병인사용입원지원금 (요양병원제외) 세부보장	간병인사용입원지원금 (요양병원제외,간병인사용금액연간200만원이상) 세부보장
간병인사용입원생활비 (요양병원) 세부보장	간병인사용입원지원금 (요양병원,간병인사용금액연간200만원이상) 세부보장

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 "연간 간병인사용 금액"에 따라 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용입원지원금(요양병원제외)을 보험수익자에게 지급합니다.

연간 간병인사용 금액	지급금액
200만원 이상 300만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 5%
300만원 이상 500만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 100%

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 "연간 간병인사용 금액"에 따라 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용입원지원금(요양병원)을 보험수익자에게 지급합니다.

연간 간병인사용 금액	지급금액
200만원 이상 300만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 세부보장 보험가입금액의 5%
300만원 이상 500만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 세부보장 보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 세부보장 보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 세부보장 보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 세부보장 보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 세부보장 보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	간병인사용입원지원금(요양병원) 세부보장 보험가입금액의 100%

3 제1항 및 제2항의 "연간 간병인사용 금액"이라 함은 해당 질병 또는 상해의 진료를 위하여 병원, 의원 또는 요양병원에 입원하여 연간 간병인 이용에 사용된 금액을 합산한 금액을 말하며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

4 제3항의 간병인사용 금액은 1일당 25만원을 한도로 하며, 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]

· 보험가입금액 : 1,000만원

① 1차 간병인 사용일 및 금액 :
2026년 4월 10일 ~ 4월 17일, 총 간병인 사용금액 160만원
→ 총 사용일수 8일, 1일당 20만원 사용

② 2차 간병인 사용일 및 금액 :
2026년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일, 총 간병인사용금액 216만원
→ 총 사용일수 8일, 1일당 27만원

연간 간병인사용 금액 = 1차 (20만원 x 8일 = 160만원) + 2차 (**25만원** x 8일 = 200만원)
= **360만원**

⇒ **보험가입금액의 15%(150만원) 지급**

5 제1항 내지 제4항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

6 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다.

[간병인의 주요 업무]

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

7 제5항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

8 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 간병인 사용 시작일자를 기준으로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 간병인을 사용하여 입원하던 중 계약해당일이 도래한 경우, 계약해당일 전일에 간병인을 사용한 입원이 종료된 것으로 보고 계약해당일에 새롭게 입원한 것으로 보아 "연간 간병인사용 금액"을 계산합니다.

2 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에 회사는 직전 계약(해당)일부터 보험금 청구일까지 "연간 간병인사용 금액"을 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 단, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인사용 금액"이 변경되는 경우 변경된 기준에 따라 아래와 같이 보장합니다.

1. 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 지급해야할 보험금이 이미 지급한 보험금보다 큰 경우 그 차액을 보험수익자에게 지급합니다.
2. 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 지급해야할 보험금이 이미 지급한 보험금보다 작은 경우 그 차액을 보험수익자는 회사에 납입하여야 합니다.

3 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원의 간병인 사용금액을 합산하여 "연간 간병인사용 금액"을 계산합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부

또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게

간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-23. 상해및질병통합치료비(연간4천만원한도)(갱신형), 상해및질병통합치료비(연간3천만원한도)(갱신형), 상해및질병통합치료비(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관

제1조("종합병원" 및 "상급종합병원"의 정의)
1 이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(상해및질병 통합치료(1-5종수술)의 경우 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술(단, 상해및질병 통합치료(1-5종수술)에서는 보장합니다)
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 상해및질병 통합치료(1-5종수술)의 경우 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다

제4조("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("수혈"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수혈"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[수혈]
의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "수혈"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

4 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "수혈" 이외에 추가로 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제6조("급여 MRI촬영검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 MRI촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 MRI촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 MRI촬영검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 MRI촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

제7조("급여 CT촬영검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 CT촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 CT촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
전산화단층영상진단	다-245

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 CT촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 CT촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 CT촬영검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 CT촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

제8조("급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)	다-339

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여

진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 외에 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제9조("급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 분류표(【별표155】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)" 외에 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제10조("급여 특정시술치료(신경차단)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정시술치료(신경차단)"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(신경차단) 분류표(【별표156】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(신경차단)" 외에 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제11조("급여 특정시술치료(도수정복)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정시술치료(도수정복)"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(도수정복) 분류표(【별표157】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(도수정복)" 외에 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제12조("급여 안면부창상봉합술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 안면부창상봉합술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 안면부창상봉합술 분류표(【별표151】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술" 외에 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제13조("급여 창상봉합술(안면부제외)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 창상봉합술(안면부제외)"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표(【별표152】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외)" 외에 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제14조("급여 고압산소요법치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 고압산소요법치료"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 고압산소요법치료 분류표(【별표153】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 고압산소요법치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 고압산소요법치료"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치

료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 고압산소요법치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 고압산소요법치료 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 고압산소요법치료" 외에 "급여 고압산소요법치료 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제15조("급여 저체온요법치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 저체온요법치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 저체온요법치료 분류표(【별표148】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 저체온요법치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 저체온요법치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 저체온요법치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 저체온요법치료" 외에 "급여 저체온요법치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제16조("급여 인공호흡기치료(12시간초과)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 분류표(【별표147】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)" 외에 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제17조("급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 분류표(【별표146】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"이 폐지

또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준”을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)” 외에 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제18조(“급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 전신마취"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 전신마취 의료행위 분류표(【별표150】 참조)의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 전신마취 인정기준”이라 합니다)를 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

2 제1항의 “급여 전신마취”는 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다. 단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

3 제1항의 “급여 전신마취”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목으로 발생한 경우를 말합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 전신마취 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 전신마취 인정기준”을 따릅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 “급여 전신마취 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

6 이 특별약관에서 “급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)”라 함은 수술시점 기준 종합병원에서 급여 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우를 말합니다.

제19조(“급여 부분체외순환치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “급여 부분체외순환치료”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 부분체외순환치료 분류표(【별표149】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “급여 부분체외순환치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 부분체외순환치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 부분체외순환치료 인정기준”을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 부분체외순환치료” 외에 “급여 부분체외순환치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제20조(“상해및질병 통합치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “상해및질병 통합치료”라 함은 “상해및질병 통합치료(검사)”, “상해및질병 통합치료(1~5종수술)”, “상해및질병 통합치료(입원)” 및 “상해및질병 통합치료(주요치료)”를 말합니다.

2 이 특별약관에서 “상해및질병 통합치료(검사)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병 통합치료(검사)	MRI촬영검사비
	CT촬영검사비
	양전자방출단층촬영(PET)검사비

3 이 특별약관에서 “상해및질병 통합치료(1-5종수술)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병 통합치료(1-5종수술)	1-5종수술비(1종)
	1-5종수술비(2종)
	1-5종수술비(3종)
	1-5종수술비(4종)
	1-5종수술비(5종)

4 이 특별약관에서 “상해및질병 통합치료(입원)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병 통합치료(입원)	상급종합병원 입원생활비
	수술동반 입원생활비
	중환자실 입원생활비

5 이 특별약관에서 “상해및질병 통합치료(주요치료)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병 통합치료(주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)
	특정시술치료비(신경차단)
	특정시술치료비(도수정복)
	창상봉합술치료비(안면부)
	창상봉합술치료비(안면부제외)
	특정수혈치료비
	고압산소요법치료비
	저체온요법치료비
	인공호흡기치료비(12시간초과)
	지속적신대체요법치료비(CRRT)
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)
	부분체외순환치료비

제21조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 통합치료항목별 지급사유에 따라 “상해및질병 통합치료”를 받은 경우 각 통합치료항목별 지급금액을 항목별 지급한도에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 통합치료항목별 지급사유라 함은 아래의 지급사유를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급사유
상해및질병 통합치료 (검사)	MRI촬영검사비	질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 MRI촬영검사”를 받은 경우
	CT촬영검사비	질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 CT촬영검사”를 받은 경우
	양전자방출단층촬영(PET)검사비	질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”를 받은 경우
상해및질병	1-5종수술비(1	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종

구분	통합치료항목	지급사유
통합치료 (1-5종수술)	종)	수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 1종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(2종)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종 수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 2종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(3종)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종 수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 3종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(4종)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종 수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 4종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(5종)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종 수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 5종 수술을 받은 경우
상해및질병 통합치료 (입원)	상급종합병원 입원생활비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
	수술동반 입원생활비	아래에 모두 해당되는 경우("이하 수술동반입원"이라 합니다) 다만, 제 1호 및 제2호는 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 합니다. 1. 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우 2. 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 수술을 받는 경우
	중환자실 입원생활비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
상해및질병 통합치료 (주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우
	특정시술치료비(신경차단)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 특정시술치료(신경차단)"를 받은 경우
	특정시술치료비(도수정복)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 특정시술치료(도수정복)"를 받은 경우
	창상봉합술치료비(안면부)	질병 또는 상해의 직접결과로써 안면부에 입원 또는 통원하여 "급여 안면부창상봉합술"을 받은 경우
	창상봉합술치료비(안면부제외)	질병 또는 상해의 직접결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 또는 통원하여 "급여 창상봉합술(안면부제외)"을 받은 경우
	고압산소요법치료비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 고압산소요법치료"를 받은 경우
	특정수혈 치료비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "수혈"을 받은 경우
	저체온요법치료비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 저체온요법치료"를 받은 경우
	인공호흡기치료비(12시간초과)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"를 받은 경우
	지속적신대체요법치료비(CRRT)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"를 받은 경우
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)"를 받은 경우
	부분체외순환치료비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 부분체외순환치료"를 받은 경우

3 제1항의 통합치료항목별 지급금액 및 지급한도라 함은 아래의 지급금액 및 지급한도를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급한도	보험가입금액별 지급금액		
			1천만원	3천만원	4천만원
상해및질병통합치료(검사)	MRI촬영검사비	연간 1회한	5만원	5만원	5만원
	CT촬영검사비	연간 1회한	5만원	5만원	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사비	연간 1회한	5만원	5만원	5만원
상해및질병통합치료(1-5종수술)	1-5종수술비(1종)	수술 1회당	10만원	20만원	20만원
	1-5종수술비(2종)	수술 1회당	20만원	30만원	30만원
	1-5종수술비(3종)	수술 1회당	30만원	50만원	100만원
	1-5종수술비(4종)	수술 1회당	200만원	500만원	800만원
	1-5종수술비(5종)	수술 1회당	500만원	700만원	1000만원
상해및질병통합치료(입원)	상급종합병원 입원생활비	입원 1일당	2만원	3만원	5만원
	수술동반 입원생활비	입원 1일당	2만원	3만원	5만원
	중환자실 입원생활비	입원 1일당	40만원	40만원	40만원
상해및질병통합치료(주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간 1회한	5만원	5만원	10만원
	특정시술치료비(신경차단)	연간 1회한	5만원	5만원	10만원
	특정시술치료비(도수정복)	연간 1회한	5만원	5만원	10만원
	창상봉합술치료비(안면부)	입원/외래 각각 1일 1회한	5만원	5만원	10만원
	창상봉합술치료비(안면부제외)	연간 3회한 (입원/외래 각각 1일 1회한)	5만원	5만원	10만원
	고압산소요법 치료비	연간 1회한	5만원	5만원	10만원
	특정수혈치료비	각 연간 3회한	30만원	30만원	30만원
	저체온요법치료비	연간 1회한	50만원	75만원	100만원
	인공호흡기치료비(12시간초과)	연간 1회한	100만원	150만원	200만원
	지속적신대체요법치료비(CRRT)	연간 1회한	300만원	400만원	500만원
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)	수술 1회당	300만원	400만원	500만원
	부분체외순환 치료비	연간 1회한	500만원	750만원	1,000만원

4 상해및질병 통합치료비의 연간 총 지급금액은 제1항 내지 제3항의 통합치료항목별 연간 지급된 지급금액의 합산금액을 말하며, 보험가입금액을 한도로 합니다.

5 이 특별약관에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아래의 일자로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

1. “상해및질병 통합치료(검사)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 “상해및질병 통합치료(검사)”를 받은 날
2. “상해및질병 통합치료(1-5종수술)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 “상해및질병 통합치료(1-5종수술)”를 받은날
3. “상해및질병 통합치료(입원)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 “상해및질병 통합치료(입원)”를 받은 날
4. “상해및질병 통합치료(주요치료)를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 “상해및질병 통합치료(주요치료)”를 받은 날
   (단, 특정수혈치료비의 경우 각 “전혈 및 분획제제” 또는 “혈액성분채집술”에 의한 수혈을 받은 날)

제22조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 “상해및질병 통합치료(검사)”는 검사의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

2 “상해및질병 통합치료(1-5종수술)”는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

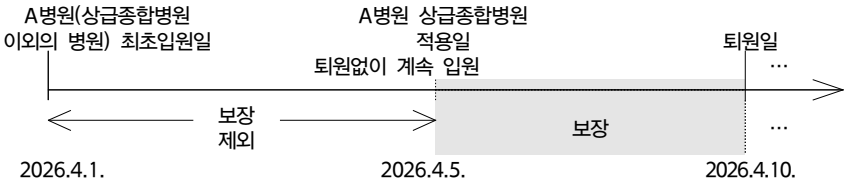
1. 제21조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 질병 또는 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.
2. 제1호에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
3. 제21조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.
4. 제21조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)의 수술종류 중 48항 “요실금수술(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “요실금수술(급여)”로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위가 발생한 경우 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
5. 제4호의 보험금은 수술의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
6. 제4호의 “요실금수술(급여)”은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.
7. 제21조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)의 수술종류 중 3-1항 “유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술”은 동시에 두 종류 이상의 질병으로 진단확정된 경우에도 “유방의비대(N62)로 인한 유방절단수술” 기준으로 보험금을 지급합니다.
8. 제7호에도 불구하고, 악성신생물 치료 목적의 수술을 시행한 경우에는 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조) “Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술”을 준용합니다.

3 “상해및질병 통합치료(입원)” 중 상급종합병원 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제21조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제21조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제21조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병

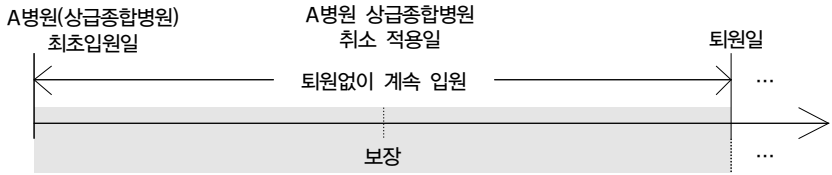
원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



5. 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제21조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

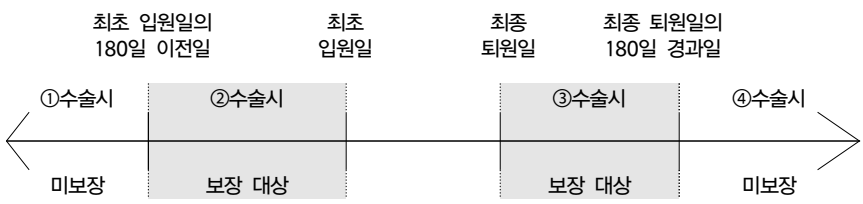
[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



4 "상해및질병 통합치료(입원)" 중 수술동반 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제21조(보험금의 지급사유) 제2항 수술동반 입원생활비의 지급사유상 "수술"은 같은 질병 또는 상해로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병 또는 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 수술일을 기준으로 하며, 이후 수술에 대해서는 적용하지 않습니다.
2. 제21조(보험금의 지급사유) 및 제1호에도 불구하고 수술동반 입원생활비는 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술동반 입원생활비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4. "수술"이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 "수술"이며, 동일한 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우 보험금을 제1호 내지 제3호에 따라 지급합니다.

[수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준]



① 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 미보장
② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 보험금을 제1호 내지 제4호에 따라 보장
③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 보험금을 제1호 내지 제4호에 따라 보장
④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

5 "상해및질병 통합치료(입원)" 중 중환자실 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의

전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

2. 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제21조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제21조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

6 "상해및질병 통합치료(주요치료)" 중 특정수혈치료비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제21조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 지급기준에 따라 지급금액 및 지급한도를 적용합니다.

구분	지급기준	지급한도	보험가입금액별 지급금액		
			1천만원	3천만원	4천만원
특정수혈치료 (전혈 및 분획제제)	전혈, 혈액성분제제 중 분획제제에 의한 수혈시 (전혈기준 합산 400㎖ 당 1회)	연간 3회한	30만원	30만원	30만원
특정수혈치료 (혈액성분채집술)	혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시 (합산 250㎖ 당 1회)	연간 3회한	30만원	30만원	30만원

단, "수혈"의 진료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예 : 1.3회 → 2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

[혈액성분의 분류]

1. 전혈 : 혈액의 모든 성분(적혈구, 백혈구, 혈장, 혈소판)이 포함된 혈액
2. 분획제제에 의한 혈액성분 : 전혈을 원료로 원심분리 등을 통해 각각 분리하여 추출한 혈액성분
3. 성분채집술에 의한 혈액성분 : 채혈과정부터 혈액성분채혈기를 이용하여 혈소판, 혈장, 적혈구, 백혈구 등의 필요한 특정 성분만을 분리하여 채혈하고, 나머지 혈액성분은 헌혈자에게 되돌려 주는 방식에 따라 추출된 혈액성분

※ 상기 혈액성분의 분류는 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 따라 분류합니다.

[보험금 지급 예시]

– 질병 또는 상해로 수혈을 받은 경우 (지급금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급 보험금
사례1	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320㎖ 1pack, 400㎖ 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320㎖ + 400㎖) / 400㎖ = 1.8)
사례2	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250㎖ 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급한도 적용)
사례3	사례2의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집 혈장(X2504) 1pack(500㎖ 1pack)을 한번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도 초과
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500㎖ 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500㎖ X 1 / 250㎖ = 2)

2. 제1호의 경우 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 총 "수혈" 진료행위의 횟수에 대하여 "특정수혈치료(전혈 및 분획제제)", "특정수혈치료(혈액성분채집술)" 별로 특정수혈치료비를 지급합니다.
3. 제1호 및 제2호의 특정수혈치료비는 "수혈"의 직접적인 원인, 수혈의 종류 및 수혈 부위와 상관없이 "전혈 및 분획제제" 또는 "혈액성분채집술"별 각각 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.

4. “특정수혈치료(전혈 및 분획제제)”, “특정수혈치료(혈액성분채집술)”로 인하여 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각 그 보험금을 지급합니다.

7 “상해및질병 통합치료(주요치료)” 중 창상봉합술치료비(안면부)는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제21조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부에 입원 중에 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우 및 통원하여 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.
2. 제1호의 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.

8 “상해및질병 통합치료(주요치료)” 중 창상봉합술치료비(안면부제외)는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제21조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 중에 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우 및 통원하여 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.
2. 제1호의 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
3. 창상봉합술치료비(안면부제외)는 “급여 창상봉합술(안면부제외)”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.

9 “상해및질병 통합치료(주요치료)” 중 “특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)”, “특정시술치료비(신경차단)”, “특정시술치료비(도수정복)”, “고압산소요법치료비”, “저체온요법치료비”, “인공호흡기치료비(12시간초과)”, “지속적신대체요법치료비(CRRT)” 및 “부분체외순환치료비”는 각 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

10 “상해및질병 통합치료(주요치료)” 중 종합병원 전신마취치료비(6시간이상)의 마취시간은 “급여 전신마취”를 이용한 수술 1회당 마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 “급여 전신마취”를 이용한 수술을 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

[보험금 지급예시]

▸ 종합병원에서 L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지)주1) 20회의 수술을 받은 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 20회 = 360분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때 마다 산정

제23조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급하며, “상해및질병 통합치료(1-5종수술)” 중 질병을 원인으로 하는 제왕절개만출술 및 “종합병원 전신마취치료비(6시간이상)” 중 질병을 직접적인 원인으로 하는 제왕절개수술은 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제21조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운

전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고, 통합치료항목별로 별도로 정한 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우에는 해당하는 통합치료항목에 대한 보험금을 지급하지 않습니다.

<table>
<tr><th colspan="3">구 분</th><th>보험금을 지급하지 않는 사유</th></tr>
<tr><td rowspan="5">통합치료항목</td><td>MRI촬영검사비</td><td></td><td rowspan="2">다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 경우,
질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00-P96)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)</td></tr>
<tr><td>CT촬영검사비</td><td></td></tr>
<tr><td>상급종합병원
입원생활비</td><td></td><td rowspan="2">다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환</td></tr>
<tr><td>중환자실
입원생활비</td><td></td></tr>
<tr><td>수술동반 입원생활비, 1-5종 수술, 특정수혈치료비</td><td>공통</td><td>다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술 또는 수혈은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술 또는 수혈
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 1-5종수술, 특정수혈치료비 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 1-5종수술, 특정수혈치료비 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 다만, 1-5종수술, 특정수혈치료비 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</td></tr>
<tr><td>상해</td><td>아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을</td></tr>
</table>

			위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
		질병	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 단순한 피로 또는 권태 2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 3. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 4. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 정신 및 행동장애(F04~F99) 나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외) 다. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술 또는 수혈한 경우(O00~O99) (단, 1-5종수술의 경우 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.) 라. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다) 마. 비만(E66) 바. 요실금(N39.3, N39.4, R32) (단, 1-5종수술의 경우 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “요실금수술(급여)”로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위는 보상합니다.) 사. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
	수술동반 입원생활비	질병	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실 2. 성병 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료 6. 정상분만, 치과질환 7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 상해로 인한 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다) 8. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
	특정수혈치료	공통	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에

	비		정한 조혈모세포의 주입(진료행위코드 X5131~X5137)을 받는 경우 2. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 정한 동종 공여자 림프구 주입(진료행위코드 X5051)을 받는 경우 3. 자가수혈
		질병	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우 2. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)		다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 2. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우 3. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우 4. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우 5. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우 6. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우 7. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 정신 및 행동장애(F04~F99) 나. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) 다. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

제24조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. "MRI촬영검사비", "CT촬영검사비", "양전자방출단층촬영(PET)검사비", "특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)", "특정시술치료비(신경차단)", "특정시술치료비(도수정복)", "창상봉합술치료비(안면부)", "창상봉합술치료비(안면부제외)", "특정수혈치료비", "고압산소요법치료비", "저체온요법치료비", "인공호흡기치료비(12시간초과)", "지속적신대체요법치료비(CRRT)", "부분체외순환치료비"의 경우 : 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
2. "종합병원전신마취치료비(6시간이상)"의 경우 : 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 수술증명서, 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등의 진료기록부, 각종사고 증명서류 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

3 제1항 제2호 및 제2항 각 호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제25조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제26조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-24. 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(연간3천만원한도)(갱신형), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관

제1조(“상해및질병(특정산정특례질환제외)”의 정의)
1 이 특별약관에서 “상해및질병(특정산정특례질환제외)”이라 함은 질병 또는 상해 중 “특정산정특례질환”을 제외한 질병(이하 “특정산정특례질환제외 질병”) 또는 상해(이하 “특정산정특례질환제외 상해”)를 말합니다.
2 이 특별약관에서 “특정산정특례질환”이라 함은 특정산정특례질환 분류표(【별표83】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“종합병원” 및 “상급종합병원”의 정의)
1 이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.
2 이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(“중환자실”의 정의)
이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(1-5종수술)의 경우 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술(단, 상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(1-5종수술)에서는 보장합니다)
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(1-5종수술)의 경우 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다

제5조("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("수혈"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수혈"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[수혈]
의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "수혈"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

4 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "수혈" 이외에 추가로 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제7조("급여 MRI촬영검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 MRI촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여

에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 MRI촬영검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 “급여 MRI촬영검사”는 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 MRI촬영검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 MRI촬영검사 인정기준”을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 “급여 MRI촬영검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

제8조(“급여 CT촬영검사”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “급여 CT촬영검사”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 CT촬영검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
전산화단층영상진단	다-245

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 “급여 CT촬영검사”는 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 CT촬영검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 CT촬영검사 인정기준”을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 “급여 CT촬영검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

제9조(“급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)	다-339

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 외에 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제10조("급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 분류표(【별표155】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)" 외에 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제11조("급여 특정시술치료(신경차단)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정시술치료(신경차단)"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(신경차단) 분류표(【별표156】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(신경차단)" 외에 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제12조("급여 특정시술치료(도수정복)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정시술치료(도수정복)"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·

비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(도수정복) 분류표(【별표157】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(도수정복)" 외에 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제13조("급여 안면부창상봉합술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 안면부창상봉합술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 안면부창상봉합술 분류표(【별표151】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술" 외에 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제14조("급여 창상봉합술(안면부제외)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 창상봉합술(안면부제외)"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표(【별표152】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외)" 외에 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제15조("급여 고압산소요법치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 고압산소요법치료"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 고압산소요법치료 분류표(【별표153】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 고압산소요법치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 고압산소요법치료"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 고압산소요법치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 고압산소요법치료 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 고압산소요법치료" 외에 "급여 고압산소요법치료 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제16조("급여 저체온요법치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 저체온요법치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 저체온요법치료 분류표(【별표148】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 저체온요법치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 저체온요법치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 저체온요법치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 저체온요법치료" 외에 "급여 저체온요법치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제17조("급여 인공호흡기치료(12시간초과)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 분류표(【별표147】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)" 외에 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제18조("급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 분류표(【별표146】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT)" 외에 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제19조("급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 전신마취"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 전신마취 의료행위 분류표(【별표150】 참조)의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 전신마취 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

2 제1항의 "급여 전신마취"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다. 단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

3 제1항의 "급여 전신마취"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목으로 발생한 경우를 말합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 전신마취 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 전신마취 인정기준"을 따릅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 전신마취 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

6 이 특별약관에서 "급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)"라 함은 수술시점 기준 종합병원에서 급여 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우를 말합니다.

제20조("급여 부분체외순환치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 부분체외순환치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 부분체외순환치료 분류표(【별표149】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 부분체외순환치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 부분체외순환치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 부분체외순환치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 부분체외순환치료" 외에 "급여 부분체외순환치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제21조("상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료"라 함은 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사)", "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(1-5종수술)", "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원)" 및 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(주요치료)"를 말합니

다.

2 이 특별약관에서 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사)	MRI촬영검사비
	CT촬영검사비
	양전자방출단층촬영(PET)검사비

3 이 특별약관에서 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(1-5종수술)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(1-5종수술)	1-5종수술비(1종)
	1-5종수술비(2종)
	1-5종수술비(3종)
	1-5종수술비(4종)
	1-5종수술비(5종)

4 이 특별약관에서 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원)	상급종합병원 입원생활비
	수술동반 입원생활비
	중환자실 입원생활비

5 이 특별약관에서 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(주요치료)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)
	특정시술치료비(신경차단)
	특정시술치료비(도수정복)
	창상봉합술치료비(안면부)
	창상봉합술치료비(안면부제외)
	특정수혈치료비
	고압산소요법치료비
	저체온요법치료비
	인공호흡기치료비(12시간초과)
	지속적신대체요법치료비(CRRT)
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)
	부분체외순환치료비

제22조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 통합치료항목별 지급사유에 따라 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료”를 받은 경우 각 통합치료항목별 지급금액을 항목별 지급한도에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 통합치료항목별 지급사유라 함은 아래의 지급사유를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급사유
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사)	MRI촬영검사비	특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 MRI촬영검사”를 받은 경우
	CT촬영검사비	특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의

구분	통합치료항목	지급사유
		진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 CT촬영검사”를 받은 경우
	양전자방출단층촬영(PET)검사비	특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”를 받은 경우
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료 (1-5종수술)	1-5종수술비(1종)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 1종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(2종)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 2종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(3종)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 3종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(4종)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 4종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(5종)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 5종 수술을 받은 경우
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료 (입원)	상급종합병원 입원생활비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
	수술동반 입원생활비	아래에 모두 해당되는 경우(“이하 수술동반입원”이라 합니다) 다만, 제 1호 및 제2호는 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 합니다. 1. 진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우 2. 진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접결과로써 수술을 받는 경우
	중환자실 입원생활비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료 (주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우
	특정시술치료비(신경차단)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 특정시술치료(신경차단)”를 받은 경우

구분	통합치료항목	지급사유
	특정시술치료비(도수정복)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 특정시술치료(도수정복)”를 받은 경우
	창상봉합술치료비(안면부)	특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접결과로써 안면부에 입원 또는 통원하여 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우
	창상봉합술치료비(안면부제외)	특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 또는 통원하여 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우
	고압산소요법치료비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 고압산소요법치료”를 받은 경우
	특정수혈치료비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “수혈”을 받은 경우
	저체온요법치료비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 저체온요법치료”를 받은 경우
	인공호흡기치료비(12시간초과)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”를 받은 경우
	지속적신대체요법치료비(CRRT)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)”를 받은 경우
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)”를 받은 경우
	부분체외순환치료비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 부분체외순환치료”를 받은 경우

3 제1항의 통합치료항목별 지급금액 및 지급한도라 함은 아래의 지급금액 및 지급한도를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급한도	보험가입금액별 지급금액	
			1천만원	3천만원
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(검사)	MRI촬영검사비	연간 1회한	5만원	5만원
	CT촬영검사비	연간 1회한	5만원	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사비	연간 1회한	5만원	5만원
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료	1-5종수술비(1종)	수술 1회당	10만원	20만원
	1-5종수술비	수술 1회당	20만원	30만원

구분	통합치료항목	지급한도	보험가입금액별 지급금액	
			1천만원	3천만원
(1-5종 수술)	(2종)			
	1-5종수술비(3종)	수술 1회당	30만원	50만원
	1-5종수술비(4종)	수술 1회당	200만원	500만원
	1-5종수술비(5종)	수술 1회당	500만원	700만원
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(입원)	상급종합병원 입원생활비	입원 1일당	2만원	3만원
	수술동반 입원생활비	입원 1일당	2만원	3만원
	중환자실 입원생활비	입원 1일당	40만원	40만원
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간 1회한	5만원	5만원
	특정시술치료비(신경차단)	연간 1회한	5만원	5만원
	특정시술치료비(도수정복)	연간 1회한	5만원	5만원
	창상봉합술치료비(안면부)	입원/외래 각각 1일 1회한	5만원	5만원
	창상봉합술치료비(안면부제외)	연간 3회한 (입원/외래 각각 1일 1회한)	5만원	5만원
	고압산소요법 치료비	연간 1회한	5만원	5만원
	특정수혈치료비	각 연간 3회한	30만원	30만원
	저체온요법치료비	연간 1회한	50만원	75만원
	인공호흡기치료비(12시간초과)	연간 1회한	100만원	150만원
	지속적신대체요법 치료비(CRRT)	연간 1회한	300만원	400만원
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)	수술 1회당	300만원	400만원
	부분체외순환 치료비	연간 1회한	500만원	750만원

4 상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료비의 연간 총 지급금액은 제1항 내지 제3항의 통합치료항목별 연간 지급된 지급금액의 합산금액을 말하며, 보험가입금액을 한도로 합니다.

5 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아

래의 일자로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

1. “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사)”를 받은 날
2. “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(1-5종수술)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(1-5종수술)”를 받은날
3. “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원)”를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원)”를 받은 날
4. “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(주요치료)를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(주요치료)”를 받은 날
   (단, 특정수혈치료비의 경우 각 “전혈 및 분획제제” 또는 “혈액성분채집술”에 의한 수혈을 받은 날)

제23조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사)”는 검사의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

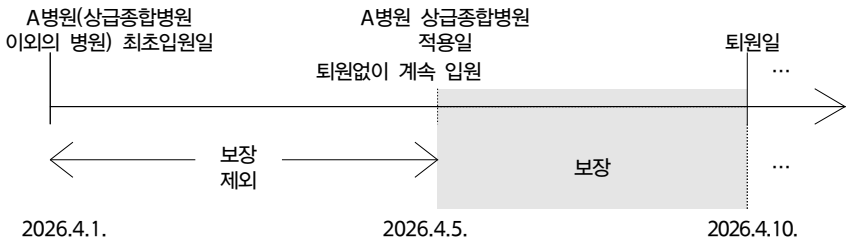
② “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(1-5종수술)”는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제22조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 질병 또는 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.
2. 제1호에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
3. 제22조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.
4. 제22조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)의 수술종류 중 48항 “요실금수술(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “요실금수술(급여)”로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위가 발생한 경우 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
5. 제4호의 보험금은 수술의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
6. 제4호의 “요실금수술(급여)”은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.
7. 제22조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)의 수술종류 중 3-1항 “유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술”은 동시에 두 종류 이상의 질병으로 진단확정된 경우에도 “유방의비대(N62)로 인한 유방절단수술” 기준으로 보험금을 지급합니다.
8. 제7호에도 불구하고, 악성신생물 치료 목적의 수술을 시행한 경우에는 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조) “Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술”을 준용합니다.

③ “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원)” 중 상급종합병원 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

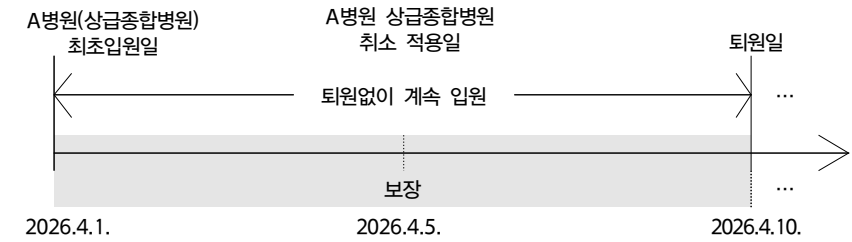
1. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제22조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제22조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제22조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



5. 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제22조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



4 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원)” 중 수술동반 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제22조(보험금의 지급사유) 제2항 수술동반 입원생활비의 지급사유상 “수술”은 같은 질병 또는 상해로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병 또는 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 수술일을 기준으로 하며, 이후 수술에 대해서는 적용하지 않습니다.
2. 제22조(보험금의 지급사유) 및 제1호에도 불구하고 수술동반 입원생활비는 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술동반 입원생활비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4. “수술”이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 “수술”이며, 동일한 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우 보험금을 제1호 내지 제3호에 따라 지급합니다.

[수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준]



① 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 미보장
② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 보험금을 제1호 내지 제4호에 따라 보장
③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 보험금을 제1호 내지 제4호에 따라 보장
④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

5 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원)" 중 중환자실 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제22조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제22조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

6 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(주요치료)" 중 특정수혈치료비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제22조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 지급기준에 따라 지급금액 및 지급한도를 적용합니다.

구분	지급기준	지급한도	보험가입금액별 지급금액	
			1천만원	3천만원
특정수혈치료 (전혈 및 분획제제)	전혈, 혈액성분제제 중 분획제제에 의한 수혈시 (전혈기준 합산 400㎖ 당 1회)	연간 3회한	30만원	30만원
특정수혈치료 (혈액성분채집술)	혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시 (합산 250㎖ 당 1회)	연간 3회한	30만원	30만원

단, "수혈"의 진료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예 : 1.3회 → 2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

[혈액성분의 분류]

1. 전혈 : 혈액의 모든 성분(적혈구, 백혈구, 혈장, 혈소판)이 포함된 혈액
2. 분획제제에 의한 혈액성분 : 전혈을 원료로 원심분리 등을 통해 각각 분리하여 추출한 혈액성분
3. 성분채집술에 의한 혈액성분 : 채혈과정부터 혈액성분채혈기를 이용하여 혈소판, 혈장, 적혈구, 백혈구 등의 필요한 특정 성분만을 분리하여 채혈하고, 나머지 혈액성분은 헌혈자에게 되돌려 주는 방식에 따라 추출된 혈액성분

※ 상기 혈액성분의 분류는 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 따라 분류합니다.

[보험금 지급 예시]

- 질병 또는 상해로 수혈을 받은 경우 (지급금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급 보험금
사례1	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320㎖ 1pack, 400㎖ 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320㎖ + 400㎖) / 400㎖ = 1.8)
사례2	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250㎖ 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급한도 적용)
사례3	사례2의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집 혈장(X2504) 1pack(500㎖ 1pack)을 한번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도 초과
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500㎖ 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500㎖ X 1 / 250㎖ = 2)

2. 제1호의 경우 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 총 “수혈” 진료행위의 횟수에 대하여 “특정수혈치료(전혈 및 분획제제)”, “특정수혈치료(혈액성분채집술)” 별로 특정수혈치료비를 지급합니다.
3. 제1호 및 제2호의 특정수혈치료비는 “수혈”의 직접적인 원인, 수혈의 종류 및 수혈 부위와 상관없이 “전혈 및 분획제제” 또는 “혈액성분채집술”별 각각 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.
4. “특정수혈치료(전혈 및 분획제제)”, “특정수혈치료(혈액성분채집술)”로 인하여 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각 그 보험금을 지급합니다.

7 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(주요치료)” 중 창상봉합술치료비(안면부)는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제22조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부에 입원 중에 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우 및 통원하여 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.
2. 제1호의 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.

8 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(주요치료)” 중 창상봉합술치료비(안면부제외)는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제22조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 중에 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우 및 통원하여 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.
2. 제1호의 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
3. 창상봉합술치료비(안면부제외)는 “급여 창상봉합술(안면부제외)”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.

9 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(주요치료)” 중 “특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)”, “특정시술치료비(신경차단)”, “특정시술치료비(도수정복)”, “고압산소요법치료비”, “저체온요법치료비”, “인공호흡기치료비(12시간초과)”, “지속적신대체요법치료비(CRRT)” 및 “부분체외순환치료비”는 각 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

10 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(주요치료)” 중 종합병원 전신마취치료비(6시간이상)의 마취시간은 “급여 전신마취”를 이용한 수술 1회당 마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 “급여 전신마취”를 이용한 수술을 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

[보험금 지급예시]

▸ 종합병원에서 L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지)주1) 20회의 수술을 받은 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 20회 = 360분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때 마다 산정

제24조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급하며, "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(1-5종수술)" 중 질병을 원인으로 하는 제왕절개만출술 및 "종합병원 전신마취치료비(6시간이상)" 중 질병을 직접적인 원인으로 하는 제왕절개수술은 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제22조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고, 통합치료항목별로 별도로 정한 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우에는 해당하는 통합치료항목에 대한 보험금을 지급하지 않습니다.

통합치료항목	MRI촬영검사비	다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00-P96) 3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
	CT촬영검사비	
	상급종합병원 입원생활비	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실 2. 성병 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임 시술, 제왕절개 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
	중환자실 입원생활비	

			7. 정상분만, 치과질환
	수술동반 입원생활비, 1-5종 수술, 특정수혈치료비	공통	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술 또는 수혈은 보상합니다), 예방접종, 인공유산 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술 또는 수혈 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 1-5종수술, 특정수혈치료비 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 1-5종수술, 특정수혈치료비 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 다만, 1-5종수술, 특정수혈치료비 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
		상해	아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상 2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
		질병	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 단순한 피로 또는 권태 2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 3. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 4. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 정신 및 행동장애(F04~F99) 나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)

			다. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술 또는 수혈한 경우(O00~O99) (단, 1-5종수술의 경우 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.) 라. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다) 마. 비만(E66) 바. 요실금(N39.3, N39.4, R32) (단, 1-5종수술의 경우 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위는 보상합니다.) 사. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
	수술동반 입원생활비	질병	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실 2. 성병 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료 6. 정상분만, 치과질환 7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 상해로 인한 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다) 8. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
	특정수혈치료비	공통	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 정한 조혈모세포의 주입(진료행위코드 X5131~X5137)을 받는 경우 2. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 정한 동종 공여자 림프구 주입(진료행위코드 X5051)을 받는 경우 3. 자가수혈
		질병	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우 2. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)		다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 2. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우 3. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우 4. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우 5. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우 6. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우 7. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분

		류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 정신 및 행동장애(F04~F99) 나. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) 다. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

제25조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. "MRI촬영검사비", "CT촬영검사비", "양전자방출단층촬영(PET)검사비", "특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)", "특정시술치료비(신경차단)", "특정시술치료비(도수정복)", "창상봉합술치료비(안면부)", "창상봉합술치료비(안면부제외)", "특정수혈치료비", "고압산소요법치료비", "저체온요법치료비", "인공호흡기치료비(12시간초과)", "지속적신대체요법치료비(CRRT)", "부분체외순환치료비"의 경우 : 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
2. "종합병원전신마취치료비(6시간이상)"의 경우 : 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 수술증명서, 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등의 진료기록부, 각종사고 증명서류 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

③ 제1항 제2호 및 제2항 각 호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제26조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제27조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-25. 상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간3천만원한도)(갱신형), 상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간2천만원한도)(갱신형), 상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관

제1조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(상해및질병 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)의 경우 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술(단, 상해및질병 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)에서는 보장합니다)
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 상해및질병 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)의 경우 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“상해및질병 통합치료(입원및수술)”의 정의)

1 이 특별약관에서 “상해및질병 통합치료(입원및수술)”라 함은 “상해및질병 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)” 및 “상해및질병 통합치료(입원및수술)(입원)”를 말합니다.

2 이 특별약관에서 “상해및질병 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)	1-5종수술비(1종)
	1-5종수술비(2종)
	1-5종수술비(3종)
	1-5종수술비(4종)
	1-5종수술비(5종)

3 이 특별약관에서 “상해및질병 통합치료(입원및수술)(입원)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병 통합치료(입원및수술)(입원)	상급종합병원 입원생활비
	수술동반 입원생활비
	중환자실 입원생활비

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 통합치료항목별 지급사유에 따라 “상해및질병 통합치료(입원및수술)”를 받은 경우 각 통합치료항목별 지급금액을 항목별 지급한도에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 통합치료항목별 지급사유라 함은 아래의 지급사유를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급사유
상해및질병 통합치료(입원및수술) (1-5종수술)	1-5종수술비(1종)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 1종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(2종)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 2종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(3종)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 3종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(4종)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 4종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(5종)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 5종 수술을 받은 경우
상해및질병 통합치료(입원및수술)	상급종합병원 입원생활비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우

구분	통합치료항목	지급사유
(입원)	수술동반 입원생활비	아래에 모두 해당되는 경우("이하 수술동반입원"이라 합니다) 다만, 제 1호 및 제2호는 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 합니다. 1. 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우 2. 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 수술을 받는 경우
	중환자실 입원생활비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우

3 제1항의 통합치료항목별 지급금액 및 지급한도라 함은 아래의 지급금액 및 지급한도를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급한도	보험가입금액별 지급금액		
			1천만원	2천만원	3천만원
상해및질병통합치료(입원및수술)(1-5종 수술)	1-5종수술비(1종)	수술 1회당	10만원	20만원	20만원
	1-5종수술비(2종)	수술 1회당	20만원	30만원	30만원
	1-5종수술비(3종)	수술 1회당	30만원	50만원	100만원
	1-5종수술비(4종)	수술 1회당	200만원	500만원	800만원
	1-5종수술비(5종)	수술 1회당	500만원	700만원	1000만원
상해및질병통합치료(입원및수술)(입원)	상급종합병원 입원생활비	입원 1일당	2만원	3만원	5만원
	수술동반 입원생활비	입원 1일당	2만원	3만원	5만원
	중환자실 입원생활비	입원 1일당	40만원	40만원	40만원

4 상해및질병 통합치료(입원및수술)비의 연간 총 지급금액은 제1항 내지 제3항의 통합치료항목별 연간 지급된 지급금액의 합산금액을 말하며, 보험가입금액을 한도로 합니다.

5 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아래의 일자로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

1. "상해및질병 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 "상해및질병 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)"를 받은날
2. "상해및질병 통합치료(입원및수술)(입원)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 "상해및질병 통합치료(입원및수술)(입원)"를 받은 날

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "상해및질병 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)"는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 질병 또는 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.
2. 제1호에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며,

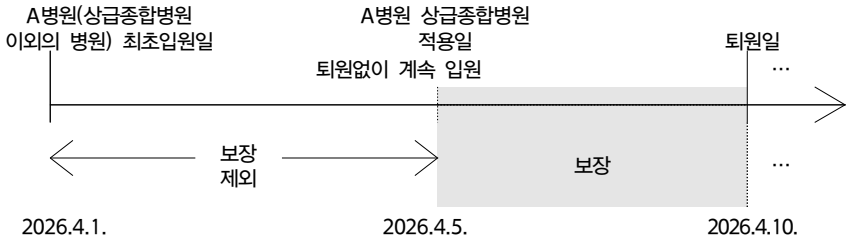
눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

3. 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.
4. 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)의 수술종류 중 48항 "요실금수술(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위가 발생한 경우 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
5. 제4호의 보험금은 수술의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
6. 제4호의 "요실금수술(급여)"은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.
7. 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)의 수술종류 중 3-1항 "유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술"은 동시에 두 종류 이상의 질병으로 진단확정된 경우에도 "유방의비대(N62)로 인한 유방절단수술" 기준으로 보험금을 지급합니다.
8. 제7호에도 불구하고, 악성신생물 치료 목적의 수술을 시행한 경우에는 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조) "Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술"을 준용합니다.

2 "상해및질병 통합치료(입원및수술)(입원)" 중 상급종합병원 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

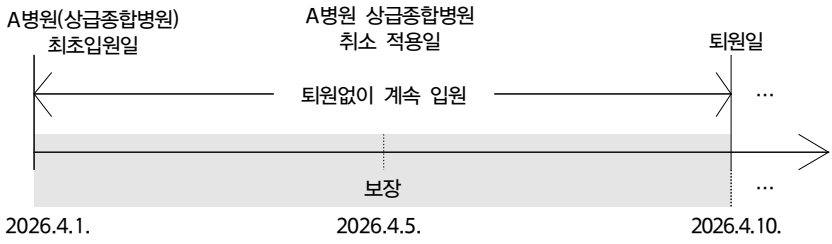
1. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



5. 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

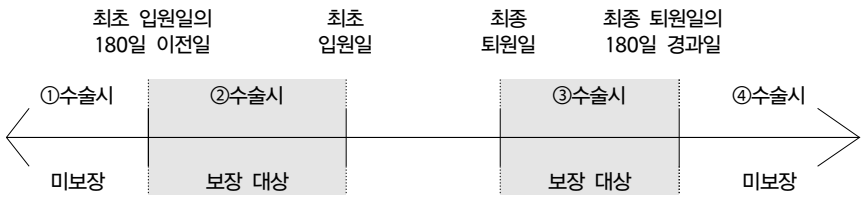
[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



3 "상해및질병 통합치료(입원및수술)(입원)" 중 수술동반 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제6조(보험금의 지급사유) 제2항 수술동반 입원생활비의 지급사유상 "수술"은 같은 질병 또는 상해로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병 또는 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 수술일을 기준으로 하며, 이후 수술에 대해서는 적용하지 않습니다.
2. 제6조(보험금의 지급사유) 및 제1호에도 불구하고 수술동반 입원생활비는 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술동반 입원생활비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4. "수술"이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 "수술"이며, 동일한 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우 보험금을 제1호 내지 제3호에 따라 지급합니다.

[수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준]



① 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 미보장
② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 보험금을 제1호 내지 제4호에 따라 보장
③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 보험금을 제1호 내지 제4호에 따라 보장
④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

4 "상해및질병 통합치료(입원및수술)(입원)" 중 중환자실 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급하며, "상해및질병 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)" 중 질병을 원인으로 하는 제왕절개만출술은 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고, 통합치료항목별로 별도로 정한 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우에는 해당하는 통합치료항목에 대한 보험금을 지급하지 않습니다.

<table>
<tr><th colspan="3">구 분</th><th>보험금을 지급하지 않는 사유</th></tr>
<tr><td rowspan="3">통합치료항목</td><td>상급종합병원 입원생활비</td><td></td><td rowspan="2">다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임 시술, 제왕절개
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환</td></tr>
<tr><td>중환자실 입원생활비</td><td></td></tr>
<tr><td>수술동반 입원생활비, 1-5종 수술</td><td>공통</td><td>다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 1-5종수술 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 1-5종수술 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 다만, 1-5종수술 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</td></tr>
</table>

			다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
		상해	아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상 2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
		질병	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 단순한 피로 또는 권태 2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 3. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 4. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 정신 및 행동장애(F04~F99) 나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외) 다. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99) (단, 1-5종수술의 경우 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.) 라. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다) 마. 비만(E66) 바. 요실금(N39.3, N39.4, R32) (단, 1-5종수술의 경우 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위는 보상합니다.) 사. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
	수술동반 입원생활비	질병	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실 2. 성병 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료 6. 정상분만, 치과질환 7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 상해로 인한 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다) 8. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분

			류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-26. 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(입원및수술)(연간2천만원한도)(갱신형), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(입원및수술)(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관

제1조("상해및질병(특정산정특례질환제외)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해및질병(특정산정특례질환제외)"이라 함은 질병 또는 상해 중 "특정산정특례질환"을 제외한 질병(이하 "특정산정특례질환제외 질병") 또는 상해(이하 "특정산정특례질환제외 상해")를 말합니다.

② 이 특별약관에서 "특정산정특례질환"이라 함은 특정산정특례질환 분류표(【별표83】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("수술"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)의 경우 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술(단, 상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)에서는 보장합니다)
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)의 경우 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다

제5조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)"의 정의)
1 이 특별약관에서 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)"라 함은 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)" 및 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(입원)"를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)"라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)	1-5종수술비(1종)
	1-5종수술비(2종)
	1-5종수술비(3종)
	1-5종수술비(4종)
	1-5종수술비(5종)

3 이 특별약관에서 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(입원)”라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(입원)	상급종합병원 입원생활비
	수술동반 입원생활비
	중환자실 입원생활비

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 통합치료항목별 지급사유에 따라 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)”를 받은 경우 각 통합치료항목별 지급금액을 항목별 지급한도에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 통합치료항목별 지급사유라 함은 아래의 지급사유를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급사유
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술) (1-5종수술)	1-5종수술비(1종)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 1종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(2종)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 2종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(3종)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 3종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(4종)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 4종 수술을 받은 경우
	1-5종수술비(5종)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 5종 수술을 받은 경우
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술) (입원)	상급종합병원 입원생활비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
	수술동반 입원생활비	아래에 모두 해당되는 경우(“이하 수술동반입원”이라 합니다) 다만, 제 1호 및 제2호는 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 합니다. 1. 진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우 2. 진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접결과로써 수술을 받는 경우
	중환자실 입원생활비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우

3 제1항의 통합치료항목별 지급금액 및 지급한도라 함은 아래의 지급금액 및 지급한도를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급한도	보험가입금액별 지급금액	
			1천만원	2천만원
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(입원및수술)(1-5종	1-5종수술비(1종)	수술 1회당	10만원	20만원
	1-5종수술비(2종)	수술 1회당	20만원	30만원

구분	통합치료항목	지급한도	보험가입금액별 지급금액	
			1천만원	2천만원
수술)	1-5종수술비(3종)	수술 1회당	30만원	50만원
	1-5종수술비(4종)	수술 1회당	200만원	500만원
	1-5종수술비(5종)	수술 1회당	500만원	700만원
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(입원및수술)(입원)	상급종합병원 입원생활비	입원 1일당	2만원	3만원
	수술동반 입원생활비	입원 1일당	2만원	3만원
	중환자실 입원생활비	입원 1일당	40만원	40만원

4 상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)비의 연간 총 지급금액은 제1항 내지 제3항의 통합치료항목별 연간 지급된 지급금액의 합산금액을 말하며, 보험가입금액을 한도로 합니다.

5 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아래의 일자로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

1. "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)"를 받은날
2. "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(입원)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(입원)"를 받은 날

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)"는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

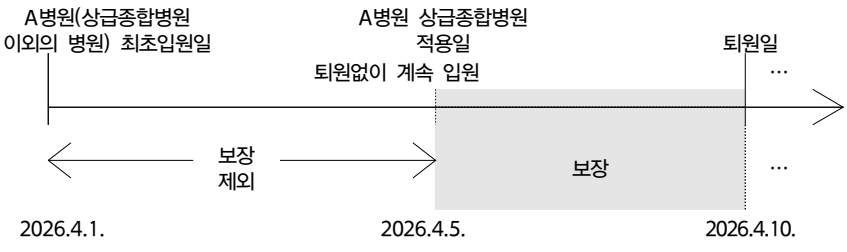
1. 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 질병 또는 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.
2. 제1호에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
3. 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.
4. 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)의 수술종류 중 48항 "요실금수술(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위가 발생한 경우 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
5. 제4호의 보험금은 수술의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
6. 제4호의 "요실금수술(급여)"은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.
7. 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1호 내지 제2호에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조)의 수술종류 중 3-1항 "유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술"은 동시에 두 종류 이상의 질병으로 진단확정된 경우에도 "유방의비대(N62)로 인한 유방절단수술" 기준으로 보험금을 지급합니다.

8. 제7호에도 불구하고, 악성신생물 치료 목적의 수술을 시행한 경우에는 1-5종수술 분류표(【별표10】 참조) "Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술"을 준용합니다.

2 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(입원)" 중 상급종합병원 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

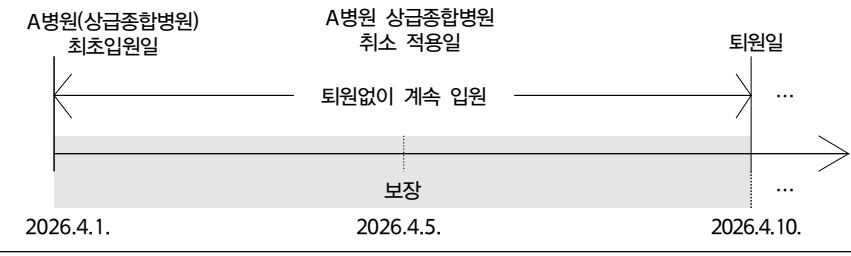
1. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



5. 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



3 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(입원)" 중 수술동반 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제7조(보험금의 지급사유) 제2항 수술동반 입원생활비의 지급사유상 "수술"은 같은 질병 또는 상해로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병 또는 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 수술일을 기준으로 하며, 이후 수술에 대해서는 적용하지 않습니다.
2. 제7조(보험금의 지급사유) 및 제1호에도 불구하고 수술동반 입원생활비는 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술동반 입원생활비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4. "수술"이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 "수술"이며, 동일한 질병 또는 상해의 직접적인 치료를

목적으로 입원한 경우 보험금을 제1호 내지 제3호에 따라 지급합니다.

[수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준]



① 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 미보장
② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 보험금을 제1호 내지 제4호에 따라 보장
③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 보험금을 제1호 내지 제4호에 따라 보장
④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

4 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(입원)" 중 중환자실 입원생활비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3. 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급하며, "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(입원및수술)(1-5종수술)" 중 질병을 원인으로 하는 제왕절개만출술은 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고, 통합치료항목별로 별도로 정한 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우에는 해당하는 통합치료항목에 대한 보험금을 지급하지 않습니다.

구 분	보험금을 지급하지 않는 사유

<table>
<tr><td rowspan="5">통합치료항목</td><td colspan="2">상급종합병원 입원생활비</td><td rowspan="2">다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임 시술, 제왕절개
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환</td></tr>
<tr><td colspan="2">중환자실 입원생활비</td></tr>
<tr><td rowspan="3">수술동반 입원생활비, 1-5종 수술</td><td>공통</td><td>다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 1-5종수술 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 1-5종수술 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 다만, 1-5종수술 및 질병으로 인한 수술동반 입원생활비의 경우 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</td></tr>
<tr><td>상해</td><td>아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)</td></tr>
<tr><td>질병</td><td>다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 단순한 피로 또는 권태
2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
3. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</td></tr>
</table>

			4. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 정신 및 행동장애(F04~F99) 나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외) 다. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99) (단, 1-5종수술의 경우 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.) 라. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다) 마. 비만(E66) 바. 요실금(N39.3, N39.4, R32) (단, 1-5종수술의 경우 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위는 보상합니다.) 사. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
	수술동반 입원생활비	질병	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실 2. 성병 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료 6. 정상분만, 치과질환 7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 상해로 인한 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다) 8. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이

특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-27. 상해및질병통합치료비(검사및주요치료)(연간3천만원한도)(갱신형), 상해및질병통합치료비(검사및주요치료)(연간2천만원한도)(갱신형), 상해및질병통합치료비(검사및주요치료)(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관

제1조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제4조(“입원” 및 “통원”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“수혈”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수혈”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[수혈]
의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 “수혈”은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

4 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “수혈” 이외에 추가로 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제6조(“급여 MRI촬영검사”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “급여 MRI촬영검사”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 MRI촬영검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 “급여 MRI촬영검사”는 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 MRI촬영검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 MRI촬영검사 인정기준”을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 “급여 MRI촬영검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

제7조("급여 CT촬영검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 CT촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 CT촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
전산화단층영상진단	다-245

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 CT촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 CT촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 CT촬영검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 CT촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

제8조("급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)	다-339

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 외에 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제9조("급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요

양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 분류표(【별표155】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)" 외에 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제10조("급여 특정시술치료(신경차단)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정시술치료(신경차단)"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(신경차단) 분류표(【별표156】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(신경차단)" 외에 "급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제11조("급여 특정시술치료(도수정복)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정시술치료(도수정복)"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(도수정복) 분류표(【별표157】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(도수정복)" 외에 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제12조("급여 안면부창상봉합술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 안면부창상봉합술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료

급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 안면부창상봉합술 분류표(【별표151】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술" 외에 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제13조("급여 창상봉합술(안면부제외)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 창상봉합술(안면부제외)"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표(【별표152】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외)" 외에 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제14조("급여 고압산소요법치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 고압산소요법치료"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 고압산소요법치료 분류표(【별표153】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 고압산소요법치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 고압산소요법치료"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 고압산소요법치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 고압산소요법치료 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 고압산소요법치료" 외에 "급여 고압산소요법치료 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제15조("급여 저체온요법치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 저체온요법치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상

대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 저체온요법치료 분류표(【별표148】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 저체온요법치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 저체온요법치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 저체온요법치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 저체온요법치료" 외에 "급여 저체온요법치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제16조("급여 인공호흡기치료(12시간초과)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 분류표(【별표147】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)" 외에 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제17조("급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 분류표(【별표146】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT)" 외에 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제18조("급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 전신마취"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 전신마취 의료행위 분류표(【별표150】 참조)의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 전신마

취 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

2 제1항의 "급여 전신마취"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다. 단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

3 제1항의 "급여 전신마취"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목으로 발생한 경우를 말합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 전신마취 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 전신마취 인정기준"을 따릅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 전신마취 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

6 이 특별약관에서 "급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)"라 함은 수술시점 기준 종합병원에서 급여 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우를 말합니다.

제19조("급여 부분체외순환치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 부분체외순환치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 부분체외순환치료 분류표(【별표149】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 부분체외순환치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 부분체외순환치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 부분체외순환치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 부분체외순환치료" 외에 "급여 부분체외순환치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제20조("상해및질병 통합치료(검사및주요치료)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)"라 함은 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(검사)" 및 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)"를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(검사)"라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(검사)	MRI촬영검사비
	CT촬영검사비
	양전자방출단층촬영(PET)검사비

3 이 특별약관에서 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)"라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)
	특정시술치료비(신경차단)
	특정시술치료비(도수정복)
	창상봉합술치료비(안면부)

구분	통합치료항목
	창상봉합술치료비(안면부제외)
	특정수혈치료비
	고압산소요법치료비
	저체온요법치료비
	인공호흡기치료비(12시간초과)
	지속적신대체요법치료비(CRRT)
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)
	부분체외순환치료비

제21조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 통합치료항목별 지급사유에 따라 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)"를 받은 경우 각 통합치료항목별 지급금액을 항목별 지급한도에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 통합치료항목별 지급사유라 함은 아래의 지급사유를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급사유
상해및질병 통합치료(검사및 주요치료) (검사)	MRI촬영검사비	질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 MRI촬영검사"를 받은 경우
	CT촬영검사비	질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 CT촬영검사"를 받은 경우
	양전자방출단층촬영(PET)검사비	질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"를 받은 경우
상해및질병 통합치료(검사및 주요치료) (주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우
	특정시술치료비(신경차단)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 특정시술치료(신경차단)"를 받은 경우
	특정시술치료비(도수정복)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 특정시술치료(도수정복)"를 받은 경우
	창상봉합술치료비(안면부)	질병 또는 상해의 직접결과로써 안면부에 입원 또는 통원하여 "급여 안면부창상봉합술"을 받은 경우
	창상봉합술치료비(안면부제외)	질병 또는 상해의 직접결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 또는 통원하여 "급여 창상봉합술(안면부제외)"을 받은 경우
	고압산소요법치료비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 고압산소요법치료"를 받은 경우
	특정수혈치료비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "수혈"을 받은 경우
	저체온요법치료비	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 저체온요법치료"를 받은 경우
	인공호흡기치료비(12시간초과)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"를 받은 경우
	지속적신대체요법치료비(CRRT)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"를 받은 경우
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)"를 받은 경우
	부분체외순환치	진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여

구분	통합치료항목	지급사유
	료비	부분체외순환치료"를 받은 경우

3 제1항의 통합치료항목별 지급금액 및 지급한도라 함은 아래의 지급금액 및 지급한도를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급한도	보험가입금액별 지급금액		
			1천만원	2천만원	3천만원
상해및질병통합치료(검사및주요치료)(검사)	MRI촬영검사비	연간 1회한	5만원	5만원	5만원
	CT촬영검사비	연간 1회한	5만원	5만원	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사비	연간 1회한	5만원	5만원	5만원
상해및질병통합치료(검사및주요치료)(주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간 1회한	5만원	5만원	10만원
	특정시술치료비(신경차단)	연간 1회한	5만원	5만원	10만원
	특정시술치료비(도수정복)	연간 1회한	5만원	5만원	10만원
	창상봉합술치료비(안면부)	입원/외래 각각 1일 1회한	5만원	5만원	10만원
	창상봉합술치료비(안면부제외)	연간 3회한 (입원/외래 각각 1일 1회한)	5만원	5만원	10만원
	고압산소요법치료비	연간 1회한	5만원	5만원	10만원
	특정수혈치료비	각 연간 3회한	30만원	30만원	30만원
	저체온요법치료비	연간 1회한	50만원	75만원	100만원
	인공호흡기치료비(12시간초과)	연간 1회한	100만원	150만원	200만원
	지속적신대체요법치료비(CRRT)	연간 1회한	300만원	400만원	500만원
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)	수술 1회당	300만원	400만원	500만원
	부분체외순환치료비	연간 1회한	500만원	750만원	1,000만원

4 상해및질병 통합치료(검사및주요치료)비의 연간 총 지급금액은 제1항 내지 제3항의 통합치료항목별 연간 지급된 지급금액의 합산금액을 말하며, 보험가입금액을 한도로 합니다.

5 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아래의 일자로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

1. "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(검사)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(검사)"를 받은 날
2. "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)"를 받은 날(단, 특정수혈치료비의 경우 각 "전혈 및 분획제제" 또는 "혈액성분채집술"에 의한 수혈을 받은 날)

제22조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(검사)"는 검사의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

2 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)" 중 특정수혈치료비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제21조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 지급기준에 따라 지급금액 및 지급한도를 적용합니다.

구분	지급기준	지급한도	보험가입금액별 지급금액		
			1천만원	2천만원	3천만원
특정수혈치료 (전혈 및 분획제제)	전혈, 혈액성분제제 중 분획제제에 의한 수혈시 (전혈기준 합산 400㎖ 당 1회)	연간 3회한	30만원	30만원	30만원
특정수혈치료 (혈액성분채집술)	혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시 (합산 250㎖ 당 1회)	연간 3회한	30만원	30만원	30만원

단, "수혈"의 진료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예 : 1.3회 → 2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

[혈액성분의 분류]

1. 전혈 : 혈액의 모든 성분(적혈구, 백혈구, 혈장, 혈소판)이 포함된 혈액
2. 분획제제에 의한 혈액성분 : 전혈을 원료로 원심분리 등을 통해 각각 분리하여 추출한 혈액성분
3. 성분채집술에 의한 혈액성분 : 채혈과정부터 혈액성분채혈기를 이용하여 혈소판, 혈장, 적혈구, 백혈구 등의 필요한 특정 성분만을 분리하여 채혈하고, 나머지 혈액성분은 헌혈자에게 되돌려 주는 방식에 따라 추출된 혈액성분

※ 상기 혈액성분의 분류는 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 따라 분류합니다.

[보험금 지급 예시]

– 질병 또는 상해로 수혈을 받은 경우 (지급금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급 보험금
사례1	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320㎖ 1pack, 400㎖ 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320㎖ + 400㎖) / 400㎖ = 1.8)
사례2	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250㎖ 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급한도 적용)
사례3	사례2의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집 혈장(X2504) 1pack(500㎖ 1pack)을 한번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도 초과
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500㎖ 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500㎖ X 1 / 250㎖ = 2)

2. 제1호의 경우 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 총 "수혈" 진료행위의 횟수에 대하여 "특정수혈치료(전혈 및 분획제제)", "특정수혈치료(혈액성분채집술)" 별로 특정수혈치료비를 지급합니다.
3. 제1호 및 제2호의 특정수혈치료비는 "수혈"의 직접적인 원인, 수혈의 종류 및 수혈 부위와 상관없이 "전혈 및 분획제제" 또는 "혈액성분채집술"별 각각 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.
4. "특정수혈치료(전혈 및 분획제제)", "특정수혈치료(혈액성분채집술)"로 인하여 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각 그 보험금을 지급합니다.

3 "상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)" 중 창상봉합술치료비(안면부)는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제21조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부에 입원 중에 "급여 안면부창상봉합술"을 받은 경우 및 통원하여 "급여 안면부창상봉합술"을 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.

2. 제1호의 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.

4 “상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)” 중 창상봉합술치료비(안면부제외)는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제21조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 중에 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우 및 통원하여 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.
2. 제1호의 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
3. 창상봉합술치료비(안면부제외)는 “급여 창상봉합술(안면부제외)”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.

5 “상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)” 중 “특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)”, “특정시술치료비(신경차단)”, “특정시술치료비(도수정복)”, “고압산소요법치료비”, “저체온요법치료비”, “인공호흡기치료비(12시간초과)”, “지속적신대체요법치료비(CRRT)” 및 “부분체외순환치료비”는 각 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

6 “상해및질병 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)” 중 종합병원 전신마취치료비(6시간이상)의 마취시간은 “급여 전신마취”를 이용한 수술 1회당 마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 “급여 전신마취”를 이용한 수술을 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

[보험금 지급예시]

▸ 종합병원에서 L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지)주1) 20회의 수술을 받은 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 20회 = 360분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때 마다 산정

제23조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급하며, “종합병원 전신마취치료비(6시간이상)” 중 질병을 직접적인 원인으로 하는 제왕절개수술은 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제21조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고, 통합치료항목별로 별도로 정한 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우에는 해당하는 통합치료항목에 대한 보험금을 지급하지 않습니다.

구 분	보험금을 지급하지 않는 사유

<table>
<tr><td rowspan="4">통합치료항목</td><td colspan="2">MRI촬영검사비</td><td rowspan="2">다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 경우,
질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00–P96)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00–Q99)</td></tr>
<tr><td colspan="2">CT촬영검사비</td></tr>
<tr><td rowspan="3">특정수혈치료비</td><td>공통</td><td>다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수혈은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수혈
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 특정수혈치료비의 경우 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 특정수혈치료비의 경우 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 다만, 특정수혈치료비의 경우 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 정한 조혈모세포의 주입(진료행위코드 X5131~X5137)을 받는 경우
5. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 정한 동종 공여자 림프구 주입(진료행위코드 X5051)을 받는 경우
6. 자가수혈</td></tr>
<tr><td>상해</td><td>아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)</td></tr>
<tr><td>질병</td><td>다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우
1. 단순한 피로 또는 권태
2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
3. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열</td></tr>
</table>

			반 등 안과질환 4. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 정신 및 행동장애(F04~F99) 나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외) 다. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수혈한 경우(O00~O99) 라. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다) 마. 비만(E66) 바. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 사. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08) 아. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64) 5. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)		다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 2. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우 3. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우 4. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우 5. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우 6. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우 7. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 정신 및 행동장애(F04~F99) 나. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) 다. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

제24조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. “MRI촬영검사비”, “CT촬영검사비”, “양전자방출단층촬영(PET)검사비”, “특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)”, “특정시술치료비(신경차단)”, “특정시술치료비(도수정복)”, “창상봉합술치료비(안면부)”, “창상봉합술치료비(안면부제외)”, “특정수혈치료비”, “고압산소요법치료비”, “저체온요법치료비”, “인공호흡기치료비(12시간초과)”, “지속적신대체요법치료비(CRRT)”, “부분체외순환치료비”의 경우 : 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
2. “종합병원전신마취치료비(6시간이상)”의 경우 : 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서(급여수가코드

(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 수술증명서, 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등의 진료기록부, 각종사고 증명서류 등)
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

3 제1항 제2호 및 제2항 각 호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제25조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제26조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-28. 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(검사및주요치료)(연간2천만원한도)(갱신형), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(검사및주요치료)(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관

제1조("상해및질병(특정산정특례질환제외)"의 정의)
1 이 특별약관에서 "상해및질병(특정산정특례질환제외)"이라 함은 질병 또는 상해 중 "특정산정특례질환"을 제외한 질병(이하 "특정산정특례질환제외 질병") 또는 상해(이하 "특정산정특례질환제외 상해")를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "특정산정특례질환"이라 함은 특정산정특례질환 분류표(【별표83】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제5조("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("수혈"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수혈"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[수혈]
의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "수혈"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

4 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "수혈" 이외에 추가로 급여 수혈진료행위 분류표(【별표

145】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제7조("급여 MRI촬영검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 MRI촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 MRI촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 MRI촬영검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 MRI촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

제8조("급여 CT촬영검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 CT촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 CT촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
전산화단층영상진단	다-245

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 CT촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 CT촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 CT촬영검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 CT촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

제9조("급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에

서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)	다-339

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”는 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준”을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 외에 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제10조(“급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)”의 정의)

1 이 특별약관에서 “급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 분류표(【별표155】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준”을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)” 외에 “급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제11조(“급여 특정시술치료(신경차단)”의 정의)

1 이 특별약관에서 “급여 특정시술치료(신경차단)”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(신경차단) 분류표(【별표156】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준”을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 특정시술치료(신경차단)” 외에 “급여 특정시술치료(신경차단) 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으

로 합니다.

제12조("급여 특정시술치료(도수정복)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 특정시술치료(도수정복)"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정시술치료(도수정복) 분류표(【별표157】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정시술치료(도수정복)" 외에 "급여 특정시술치료(도수정복) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제13조("급여 안면부창상봉합술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 안면부창상봉합술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 안면부창상봉합술 분류표(【별표151】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술" 외에 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제14조("급여 창상봉합술(안면부제외)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 창상봉합술(안면부제외)"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표(【별표152】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외)" 외에 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제15조("급여 고압산소요법치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 고압산소요법치료"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 고압산소요법치료 분류표(【별표153】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 고압산소요법치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 고압산소요법치료"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 고압산소요법치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 고압산소요법치료 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 고압산소요법치료" 외에 "급여 고압산소요법치료 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제16조("급여 저체온요법치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 저체온요법치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 저체온요법치료 분류표(【별표148】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 저체온요법치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 저체온요법치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 저체온요법치료 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 저체온요법치료" 외에 "급여 저체온요법치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제17조("급여 인공호흡기치료(12시간초과)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 분류표(【별표147】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)" 외에 "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제18조("급여 지속적신대체요법치료(CRRT)"의 정의)

1 이 특별약관에서 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 분류표(【별표146】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준”을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)” 외에 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제19조(“급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 전신마취"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 전신마취 의료행위 분류표(【별표150】 참조)의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 전신마취 인정기준”이라 합니다)를 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

2 제1항의 “급여 전신마취”는 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다. 단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

3 제1항의 “급여 전신마취”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목으로 발생한 경우를 말합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 전신마취 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 전신마취 인정기준”을 따릅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 “급여 전신마취 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

6 이 특별약관에서 “급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)”라 함은 수술시점 기준 종합병원에서 급여 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우를 말합니다.

제20조(“급여 부분체외순환치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “급여 부분체외순환치료”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 부분체외순환치료 분류표(【별표149】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “급여 부분체외순환치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 부분체외순환치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 부분체외순환치료 인정기준”을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 부분체외순환치료” 외에 “급여 부분체외

순환치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제21조("상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)"라 함은 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(검사)" 및 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)"를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(검사)"라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(검사)	MRI촬영검사비
	CT촬영검사비
	양전자방출단층촬영(PET)검사비

3 이 특별약관에서 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)"라 함은 아래에 정한 통합치료항목을 말합니다.

구분	통합치료항목
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)
	특정시술치료비(신경차단)
	특정시술치료비(도수정복)
	창상봉합술치료비(안면부)
	창상봉합술치료비(안면부제외)
	특정수혈치료비
	고압산소요법치료비
	저체온요법치료비
	인공호흡기치료비(12시간초과)
	지속적신대체요법치료비(CRRT)
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)
	부분체외순환치료비

제22조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 통합치료항목별 지급사유에 따라 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)"를 받은 경우 각 통합치료항목별 지급금액을 항목별 지급한도에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 통합치료항목별 지급사유라 함은 아래의 지급사유를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급사유
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(검사)	MRI촬영검사비	특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 MRI촬영검사"를 받은 경우
	CT촬영검사비	특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 CT촬영검사"를 받은 경우
	양전자방출단층촬영(PET)검사비	특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"를 받은 경우
상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우

구분	통합치료항목	지급사유
주요치료) (주요치료)	특정시술치료비(신경차단)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 특정시술치료(신경차단)”를 받은 경우
	특정시술치료비(도수정복)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 특정시술치료(도수정복)”를 받은 경우
	창상봉합술치료비(안면부)	특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접결과로써 안면부에 입원 또는 통원하여 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우
	창상봉합술치료비(안면부제외)	특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 또는 통원하여 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우
	고압산소요법치료비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 고압산소요법치료”를 받은 경우
	특정수혈치료비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “수혈”을 받은 경우
	저체온요법치료비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 저체온요법치료”를 받은 경우
	인공호흡기치료비(12시간초과)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”를 받은 경우
	지속적신대체요법치료비(CRRT)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)”를 받은 경우
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 종합병원 전신마취치료(6시간이상)”를 받은 경우
	부분체외순환치료비	진단확정된 특정산정특례질환제외 질병 또는 특정산정특례질환제외 상해의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 부분체외순환치료”를 받은 경우

3 제1항의 통합치료항목별 지급금액 및 지급한도라 함은 아래의 지급금액 및 지급한도를 말합니다.

구분	통합치료항목	지급한도	보험가입금액별 지급금액	
			1천만원	2천만원
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(검사및주요치료) (검사)	MRI촬영검사비	연간 1회한	5만원	5만원
	CT촬영검사비	연간 1회한	5만원	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사비	연간 1회한	5만원	5만원
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(검사및주요치료) (주요치료)	특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간 1회한	5만원	5만원
	특정시술치료비(신경차단)	연간 1회한	5만원	5만원

구분	통합치료항목	지급한도	보험가입금액별 지급금액	
			1천만원	2천만원
	특정시술치료비(도수정복)	연간 1회한	5만원	5만원
	창상봉합술치료비(안면부)	입원/외래 각각 1일 1회한	5만원	5만원
	창상봉합술치료비(안면부제외)	연간 3회한 (입원/외래 각각 1일 1회한)	5만원	5만원
	고압산소요법 치료비	연간 1회한	5만원	5만원
	특정수혈치료비	각 연간 3회한	30만원	30만원
	저체온요법치료비	연간 1회한	50만원	75만원
	인공호흡기치료비(12시간초과)	연간 1회한	100만원	150만원
	지속적신대체요법 치료비(CRRT)	연간 1회한	300만원	400만원
	종합병원 전신마취치료비 (6시간이상)	수술 1회당	300만원	400만원
	부분체외순환 치료비	연간 1회한	500만원	750만원

4 상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)비의 연간 총 지급금액은 제1항 내지 제3항의 통합치료항목별 연간 지급된 지급금액의 합산금액을 말하며, 보험가입금액을 한도로 합니다.

5 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아래의 일자로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

1. "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(검사)"를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(검사)"를 받은 날
2. "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)를 받은 경우 : 각 통합치료항목별 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)"를 받은 날
   (단, 특정수혈치료비의 경우 각 "전혈 및 분획제제" 또는 "혈액성분채집술"에 의한 수혈을 받은 날)

제23조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(검사)"는 검사의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 통합치료항목별로 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

2 "상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)" 중 특정수혈치료비는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제22조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 지급기준에 따라 지급금액 및 지급한도를 적용합니다.

구분	지급기준	지급한도	보험가입금액별 지급금액	
			1천만원	2천만원
특정수혈치료 (전혈 및 분획제제)	전혈, 혈액성분제제 중 분획제제에 의한 수혈시 (전혈기준 합산 400㎖ 당 1회)	연간 3회한	30만원	30만원
특정수혈치료 (혈액성분채집술)	혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시 (합산 250㎖ 당 1회)	연간 3회한	30만원	30만원

단, "수혈"의 진료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예 : 1.3회 → 2회로 산정)하여 상기 보험금

지급기준을 적용합니다.

[혈액성분의 분류]

1. 전혈 : 혈액의 모든 성분(적혈구, 백혈구, 혈장, 혈소판)이 포함된 혈액
2. 분획제제에 의한 혈액성분 : 전혈을 원료로 원심분리 등을 통해 각각 분리하여 추출한 혈액성분
3. 성분채집술에 의한 혈액성분 : 채혈과정부터 혈액성분채혈기를 이용하여 혈소판, 혈장, 적혈구, 백혈구 등의 필요한 특정 성분만을 분리하여 채혈하고, 나머지 혈액성분은 헌혈자에게 되돌려 주는 방식에 따라 추출된 혈액성분

※ 상기 혈액성분의 분류는 급여 수혈진료행위 분류표(【별표145】 참조)에 따라 분류합니다.

[보험금 지급 예시]

– 질병 또는 상해로 수혈을 받은 경우 (지급금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급 보험금
사례1	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320㎖ 1pack, 400㎖ 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320㎖ + 400㎖) / 400㎖ = 1.8)
사례2	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250㎖ 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급한도 적용)
사례3	사례2의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집 혈장(X2504) 1pack(500㎖ 1pack)을 한번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도 초과
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500㎖ 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500㎖ X 1 / 250㎖ = 2)

2. 제1호의 경우 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 총 “수혈” 진료행위의 횟수에 대하여 “특정수혈치료(전혈 및 분획제제)”, “특정수혈치료(혈액성분채집술)” 별로 특정수혈치료비를 지급합니다.
3. 제1호 및 제2호의 특정수혈치료비는 “수혈”의 직접적인 원인, 수혈의 종류 및 수혈 부위와 상관없이 “전혈 및 분획제제” 또는 “혈액성분채집술”별 각각 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.
4. “특정수혈치료(전혈 및 분획제제)”, “특정수혈치료(혈액성분채집술)”로 인하여 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각 그 보험금을 지급합니다.

3 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)” 중 창상봉합술치료비(안면부)는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제22조(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부에 입원 중에 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우 및 통원하여 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.
2. 제1호의 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.

4 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)” 중 창상봉합술치료비(안면부제외)는 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 제22(보험금의 지급사유) 제3항에도 불구하고 지급한도는 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 중에 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우 및 통원하여 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 경우 각각 1일 1회로 합니다.
2. 제1호의 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
3. 창상봉합술치료비(안면부제외)는 “급여 창상봉합술(안면부제외)”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.

5 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)” 중 “특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)”, “특정시술치료비(신경차단)”, “특정시술치료비(도수정복)”, “고압산소요법치료비”, “저체온요법치료비”, “인공호흡기치료비(12시간초과)”, “지속적신대체요법치료비(CRRT)” 및 “부분체외순환치료비”는 각 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 통합치료항목별로 연

간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

6 “상해및질병(특정산정특례질환제외) 통합치료(검사및주요치료)(주요치료)” 중 종합병원 전신마취치료비(6시간이상)의 마취시간은 “급여 전신마취”를 이용한 수술 1회당 마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 “급여 전신마취”를 이용한 수술을 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

[보험금 지급예시]

▸ 종합병원에서 L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지)주1) 20회의 수술을 받은 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 20회 = 360분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때 마다 산정

제24조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급하며, “종합병원 전신마취치료비(6시간이상)” 중 질병을 직접적인 원인으로 하는 제왕절개수술은 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제22조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고, 통합치료항목별로 별도로 정한 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우에는 해당하는 통합치료항목에 대한 보험금을 지급하지 않습니다.

통합치료항목	MRI촬영검사비		다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00-P96) 3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
	CT촬영검사비		
	특정수혈치료비	공통	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수혈은 보상합니다), 예방접종, 인공유산 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인

			공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수혈 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 특정수혈치료비의 경우 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 특정수혈치료비의 경우 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 다만, 특정수혈치료비의 경우 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 4. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 정한 조혈모세포의 주입(진료행위코드 X5131~X5137)을 받는 경우 5. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 정한 동종 공여자 림프구 주입(진료행위코드 X5051)을 받는 경우 6. 자가수혈
		상해	아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상 2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
		질병	다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 단순한 피로 또는 권태 2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 3. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 4. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 정신 및 행동장애(F04~F99) 나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외) 다. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수혈한 경우(O00~O99)

			라. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다) 마. 비만(E66) 바. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 사. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08) 아. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64) 5. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
	종합병원 전신마취치료비(6시간이상)		다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우 1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 2. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우 3. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우 4. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우 5. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우 6. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우 7. 아래에 열거된 질병으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 가. 정신 및 행동장애(F04~F99) 나. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) 다. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

제25조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. “MRI촬영검사비”, “CT촬영검사비”, “양전자방출단층촬영(PET)검사비”, “특정시술치료비(흡인,천자,절개,배액,배농)”, “특정시술치료비(신경차단)”, “특정시술치료비(도수정복)”, “창상봉합술치료비(안면부)”, “창상봉합술치료비(안면부제외)”, “특정수혈치료비”, “고압산소요법치료비”, “저체온요법치료비”, “인공호흡기치료비(12시간초과)”, “지속적신대체요법치료비(CRRT)”, “부분체외순환치료비”의 경우 : 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
2. “종합병원전신마취치료비(6시간이상)”의 경우 : 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 수술증명서, 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등의 진료기록부, 각종사고 증명서류 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

3 제1항 제2호 및 제2항 각 호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제26조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를

따릅니다.

제27조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-29. 상해및질병통합종합병원수술비(급여전신마취시간당(3시간이상))(갱신형) 특별약관

제1조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조("급여전신마취"의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 "급여전신마취"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 전신마취 의료행위 분류표(【별표150】 참조)의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여전신마취 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.
② 제1항의 "급여전신마취"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다. 단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.
③ 제1항의 "급여전신마취"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목으로 발생한 경우를 말합니다.
④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여전신마취 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여전신마취 인정기준"을 따릅니다.
⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여전신마취 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 급여전신마취를 하고 급여전신마취시간 3시간 이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 상해및질병통합종합병원수술비(급여전신마취시간당)로 보험수익자에게 지급합니다.

지급사유	급여전신마취 시간	지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일로부터 경과기간		
		1년 미만	1년 이상	
상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 급여전신마취를 하고 급여전신마취시간 3시간 이상의 수술을 받을시	3시간 이상	보험가입금액의 20%		
	4시간 이상	보험가입금액의 30%		
	5시간 이상	보험가입금액의 50%		
	6시간 이상	보험가입금액의 60%		
	7시간 이상	보험가입금액의 70%		
	8시간 이상	보험가입금액의 80%		
	9시간 이상	보험가입금액의 90%		
	10시간 이상	보험가입금액		
진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 급여전신마취를 하고 급여전신마취시간 3시간 이상의 수술을 받을시	3시간 이상	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%	
	4시간 이상	보험가입금액의 15%	보험가입금액의 30%	
	5시간 이상	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	
	6시간 이상	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 60%	
	7시간 이상	보험가입금액의 35%	보험가입금액의 70%	
	8시간 이상	보험가입금액의 40%	보험가입금액의 80%	
	9시간 이상	보험가입금액의 45%	보험가입금액의 90%	
	10시간 이상	보험가입금액의 50%	보험가입금액	

[급여전신마취시간별 보험금 지급금액(예시)]
기준 : 보험가입금액 3,000만원, 계약일로부터 경과기간 1년 이후

▸ 종합병원에서 L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지)주1) 10회의 수술을 받은 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 10회 = 210분
→ 급여전신마취시간 3시간 이상에 해당되고, 상해및질병통합종합병원수술비(급여전신마취시간당) 600만원이 지급됨

▸ 종합병원에서 L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지)주1) 20회의 수술을 받은 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 20회 = 360분
→ 급여전신마취시간 6시간 이상에 해당되고, 상해및질병통합종합병원수술비(급여전신마취시간당) 1,800만원이 지급됨

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때 마다 산정

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제4조(보험금의 지급사유)의 급여전신마취시간은 급여전신마취를 이용한 수술 1회당 급여전신마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 급여 전신마취를 이용한 수술을 받은 경우라 하더라도 각각의 급여전신마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
3. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

③ 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박탑승

제7조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 수술증명서, 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등의 진료기록부, 각종사고 증명서류 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-30. 상해및질병통합상급종합병원수술비(급여전신마취시간당(3시간이상))(갱신형) 특별약관

제1조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조("급여전신마취"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여전신마취"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 전신마취 의료행위 분류표(【별표150】 참조)의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여전신마취 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.
2 제1항의 "급여전신마취"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다. 단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.
3 제1항의 "급여전신마취"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목으로 발생한 경우를 말합니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여전신마취 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여전신마취 인정기준"을 따릅니다.
5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여전신마취 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애

는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 급여전신마취를 하고 급여전신마취시간 3시간 이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 상해및질병통합상급종합병원수술비(급여전신마취시간당)로 보험수익자에게 지급합니다.

지급사유	급여전신마취 시간	지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일로부터 경과기간		
		1년 미만	1년 이상	
상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 급여전신마취를 하고 급여전신마취시간 3시간 이상의 수술을 받을시	3시간 이상	보험가입금액의 20%		
	4시간 이상	보험가입금액의 30%		
	5시간 이상	보험가입금액의 50%		
	6시간 이상	보험가입금액의 60%		
	7시간 이상	보험가입금액의 70%		
	8시간 이상	보험가입금액의 80%		
	9시간 이상	보험가입금액의 90%		
	10시간 이상	보험가입금액		
진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 급여전신마취를 하고 급여전신마취시간 3시간 이상의 수술을 받을시	3시간 이상	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%	
	4시간 이상	보험가입금액의 15%	보험가입금액의 30%	
	5시간 이상	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	
	6시간 이상	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 60%	
	7시간 이상	보험가입금액의 35%	보험가입금액의 70%	
	8시간 이상	보험가입금액의 40%	보험가입금액의 80%	
	9시간 이상	보험가입금액의 45%	보험가입금액의 90%	
	10시간 이상	보험가입금액의 50%	보험가입금액	

[급여전신마취시간별 보험금 지급금액(예시)]
기준 : 보험가입금액 7,000만원, 계약일로부터 경과기간 1년 이후

▸ 상급종합병원에서 L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1231(마취유지)[주1)] 10회의 수술을 받은 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 10회 = 210분
→ 급여전신마취시간 3시간 이상에 해당되고, 상해및질병통합상급종합병원수술비(급여전신마취시간당) 1,400만원이 지급됨

▸ 상급종합병원에서 L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1231(마취유지)[주1)] 20회의 수술을 받은 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 20회 = 360분
→ 급여전신마취시간 6시간 이상에 해당되고, 상해및질병통합상급종합병원수술비(급여전신마취시간당) 4,200만원이 지급됨

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때 마다 산정

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제4조(보험금의 지급사유)의 급여전신마취시간은 급여전신마취를 이용한 수술 1회당 급여전신마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 급여 전신마취를 이용한 수술을 받은 경우라 하더라도 각각의 급여전신마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
3. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

3 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박탑승

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 수술증명서, 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등의 진료기록부, 각종사고 증명서류 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-31. 통합근골격계질환진단및치료비(갱신형) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 6개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 통합근골격계질환진단및치료비(중증무릎관절연골손상진단비)(갱신형)
- 통합근골격계질환진단및치료비(중증무릎관절연골손상특정줄기세포치료비(1회한))(갱신형)
- 통합근골격계질환진단및치료비(관절질환수술비(관절경,관절경외)(각연간1회한))(갱신형)
- 통합근골격계질환진단및치료비(신인공관절치환수술비(각연간1회한))(갱신형)
- 통합근골격계질환진단및치료비(추간판장애진단비)(갱신형)
- 통합근골격계질환진단및치료비(척추질환수술비(연간1회한))(갱신형)

제1조("통합근골격계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합근골격계질환"이라 함은 "중증무릎관절연골손상", "관절질환", "추간판장애" 및 "척추질환"을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 이 특별약관에서 "무릎관절연골손상"이라 함은 무릎관절연골손상 분류표(【별표158】 참조)에 해당하는 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "중증무릎관절연골손상"이라 함은 제2항에서 정한 "무릎관절연골손상"으로 진단확정되고 무릎 연골의 손상정도가 국제연골재생 및 관절보존협회(International Cartilage Regeneration & Joint Preservation Society)에서 규정한 연골결손 깊이에 따른 연골손상 분류법(ICRS Grade)에 따라 ICRS 4등급(ICRS GradeⅣ)인 경우를 말합니다.

[ICRS 4등급(ICRS GradeⅣ)]
ICRS 4등급이란, 연골이 심각한 결손으로 소실되어 연골하부의 뼈가 노출된 상태를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "관절질환"이라 함은 관절질환 분류표(【별표159】 참조)에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "추간판장애"라 함은 추간판장애 분류표(【별표70】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "척추질환"이라 함은 척추질환 분류표(【별표160】 참조)에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 "무릎관절연골손상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 방사선단순영상(X-ray), 전산화단층영상(CT) 또는 자기공명영상(MRI) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "무릎관절연골손상"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

8 "중증무릎관절연골손상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 자기공명영상(MRI) 또는 관절경검사(Arthroscopy)등을 기초로 하여야 합니다.

9 "관절질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "관절질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

10 "추간판장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "추간판장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

11 "척추질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "관절질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애

는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 "관절경수술"이라 함은 관절 내부를 영상을 통해 관찰할 수 있는 특수의료기구인 '관절내시경(Arthroscopy)'을 피부에 작은 절개를 가하여 관절 내에 삽입하고, 이를 이용한 영상을 보면서 시행하는 수술행위를 말합니다.

6 "관절경외수술"이라 함은 제1항의 "수술"의 정의에 부합하면서 제5항의 "관절경수술"에는 해당하지 않는 수술행위를 말합니다.

제3조("중증무릎관절연골손상 특정줄기세포치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "중증무릎관절연골손상 특정줄기세포치료"라 함은 "중증무릎관절연골손상"의 치료를 목적으로, 노출된 연골하골 부위에 여러 개의 구멍을 뚫어 출혈을 일으킨 뒤 "중증무릎관절연골손상 특정줄기세포치료제"를 투여하여 연골 재생을 유도하는 치료를 말합니다. 단, 노출된 연골하골부위에 구멍을 뚫지 않고, 무릎연골결손부위에 약물을 단순 주입하는 치료는 "중증무릎관절연골손상 특정줄기세포치료"에 해당되지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 ICRS 4등급(ICRS GradeIV)인 경우라 할지라도 골관절염의 방사선적 진단법 중 하나인 Kellgren and Lawrence Grade가 4등급인 경우에는 "중증무릎관절연골손상 특정줄기세포치료"에 해당하지 않습니다.

[Kellgren and Lawrence Grade]
Kellgren and Lawrence Grade(K&L Grade)란 방사선 사진 상에서 관절 간격의 감소로 관절의 골극형성이나 연골 소실등의 이상소견을 나타내는 평가지표를 말합니다.

[Kellgren and Lawrence Grade 4등급]
Kellgren and Lawrence Grade(K&L Grade) 4등급이란 현저한 관절 간격의 협착, 뚜렷한 골극형성 및 골경화가 관찰되고 분명한 골 변형이 동반된 상태를 말합니다.

3 제1항의 "중증무릎관절연골손상 특정줄기세포치료제"라 함은 "중증무릎관절연골손상"의 치료를 목적으로 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조(정의) 제7호에 따른 세포치료제 중 완제품의 주성분이 "동종 제대혈유래 중간엽줄기세포(Allogenic Umbilical Cord Blood derived Mesenchymal Stem Cells)"인 경우를 말하며, 「약사법」 제31조(제조업 허가 등), 제35조(조건부 허가 등) 및 제42조(의약품등의 수입허가 등)(【부록】 참조)에 따라 승인된 의약품을 말합니다.

["중증무릎관절연골손상 특정줄기세포치료제" 해당 의약품명 및 성분명 안내]
의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. 성분명은 효능효과를 발현시키는 물질의 명칭을 의미합니다. 또한, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.
- 의약품명 : 카티스템(CARTISTEM)
- 성분명 : 동종 제대혈 유래 중간엽 줄기세포
(Allogenic Umbilical Cord Blood Derived Mesenchymal Stem Cell)

※ 상기 "중증무릎관절연골손상 특정줄기세포치료제" 해당 의학품명 및 성분명은 2026년 2월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

4 제3항의 "동종 제대혈유래 중간엽줄기세포"란 타인의 제대혈에서 추출하고 배양한 줄기세포를 말하며, 환자 자신의 골수나 지방조직 등에서 추출하고 배양한 자가 유래 중간엽 줄기세포는 해당되지 않습니다.

제4조("신인공관절치환수술" 등의 정의)

1 이 특별약관에서 "신인공관절치환수술"이라 함은 "고관절 인공관절치환수술", "슬관절 인공관절치환수술", "견관절 인공관절치환수술" 및 "3대 인공관절재치환수술"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "고관절 인공관절치환수술"이라 함은 고관절(엉덩이 관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 "인공관절"이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 수술을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "슬관절 인공관절치환수술"이라 함은 슬관절(무릎관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공관절을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 수술을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "견관절 인공관절치환수술"이라 함은 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공관절을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 수술을 말합니다.

5 이 특별약관에서 "3대 인공관절재치환수술"이라 함은 고관절(엉덩이 관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)에 이미 삽입한 인공관절이 질병 또는 상해(감염, 마모로 인한 해리 또는 상해로 인한 보형물 손상, 골절 등)로 손상되어 기존의 인공관절을 제거하고 동일한 부위에 새로운 인공관절을 삽입하여 치환, 재건함으로써 원래의 관절기능을 재회복시켜주는 수술을 말합니다.

6 제2항 내지 제5항 불구하고 관절을 성형하는 수술 및 처치 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 "중증무릎관절연골손상"으로 진단확정된 경우 최초1회에 한하여 아래의 지급금액을 중증무릎관절연골손상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				지급한도
	최초계약 계약일로부터 경과기간			갱신계약	
	180일 미만	180일 이상 1년 미만	1년 이상		
질병	중증무릎관절연골손상 진단비[주1] 보험가입금액의 20%	중증무릎관절연골손상 진단비[주1] 보험가입금액의 50%	중증무릎관절연골손상진단비[주1]의 보험가입금액		최초1회한
상해	중증무릎관절연골손상진단비[주1]의 보험가입금액				

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 "중증무릎관절연골손상"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "중증무릎관절연골손상 특정줄기세포치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 지급금액을 중증무릎관절연골손상특정줄기세포치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				지급한도
	최초계약 계약일로부터 경과기간			갱신계약	
	180일 미만	180일 이상 1년 미만	1년 이상		
질병	중증무릎관절연골손상특정줄기세포치료비[주2] 보험가입금액의 20%	중증무릎관절연골손상특정줄기세포치료비[주2] 보험가입금액의 50%	중증무릎관절연골손상특정줄기세포치료비[주2]의 보험가입금액		최초1회한
상해	중증무릎관절연골손상특정줄기세포치료비[주2]의 보험가입금액				

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “관절질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 “관절경수술” 및 “관절경외수술”에 대해 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 관절질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				지급한도
	최초계약 계약일로부터 경과기간			갱신계약	
	180일 미만	180일 이상 1년 미만	1년 이상		
“관절경수술”시	관절질환수술비[주3] 보험가입금액의 10%	관절질환수술비[주3] 보험가입금액의 25%	관절질환수술비[주3] 보험가입금액의 50%		연간1회한
“관절경외수술”시	관절질환수술비[주3] 보험가입금액의 20%	관절질환수술비[주3] 보험가입금액의 50%	관절질환수술비[주3]의 보험가입금액		연간1회한

4 제3항의 관절질환수술비는 “수술”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 “관절경수술” 또는 “관절경외수술”별 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

5 제3항 및 제4항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 각 “관절경수술” 또는 “관절경외수술”을 받은 날로 합니다.

6 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 “고관절인공관절치환수술”, “슬관절 인공관절치환수술”, “견관절 인공관절치환수술” 또는 “3대 인공관절재치환수술”을 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 신인공관절치환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액				지급한도
		최초계약 계약일로부터 경과기간			갱신계약	
		180일 미만	180일 이상 1년 미만	1년 이상		
“고관절 인공관절치환수술”을 받은 경우	질병	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 20%	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 50%	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 100%		연간 1회한
	상해	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 100%				
“슬관절 인공관절치환수술”을 받은 경우	질병	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 20%	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 50%	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 100%		연간 1회한
	상해	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 100%				
“견관절 인공관절치환수술”을 받은 경우	질병	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 20%	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 50%	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 100%		연간 1회한
	상해	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 100%				
“3대 인공관절재치환수술”을 받은 경우	질병	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 20%	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 50%	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 100%		연간 1회한
	상해	신인공관절치환수술비[주4] 보험가입금액의 100%				

7 제6항의 신인공관절치환수술비는 “고관절 인공관절치환수술”, “슬관절 인공관절치환수술”, “견관절 인공관절치환수술” 및 “3대 인공관절재치환수술”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

8 제6항 및 제7항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “신인공관절치환수술”을 받은 날로 합니다.

9 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 “추간판장애”로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 지급금액을 추간판장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			지급한도
	최초계약 계약일로부터 경과기간		갱신계약	
	180일 미만	180일 이상 1년 미만	1년 이상	
질병	추간판장애진단비[주5] 보험가입금액의 20%	추간판장애진단비[주5] 보험가입금액의 50%	추간판장애진단비[주5]의 보험가입금액	최초1회한
상해	추간판장애진단비[주5]의 보험가입금액			

10 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “척추질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 지급금액을 척추질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액				지급 한도
최초계약			갱신계약	
계약일로부터 경과기간				
180일 미만	180일 이상 1년 미만	1년 이상		
척추질환수술비[주6] 보험가입금액의 20%	척추질환수술비[주6] 보험가입금액의 50%	척추질환수술비[주6]의 보험가입금액		연간1회한

11 제10항의 척추질환수술비는 “수술”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

12 제10항 및 제11항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “척추질환”의 “수술”을 받은 날로 합니다.

주1) 통합근골격계질환진단및치료비(중증무릎관절연골손상진단비)(갱신형)
주2) 통합근골격계질환진단및치료비(중증무릎관절연골손상특정줄기세포치료비(1회한))(갱신형)
주3) 통합근골격계질환진단및치료비(관절질환수술비(관절경,관절경외)(각연간1회한))(갱신형)
주4) 통합근골격계질환진단및치료비(신인공관절치환수술비(각연간1회한))(갱신형)
주5) 통합근골격계질환진단및치료비(추간판장애진단비)(갱신형)
주6) 통합근골격계질환진단및치료비(척추질환수술비(연간1회한))(갱신형)

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 제5조(보험금의 지급사유)의 중증무릎관절연골손상진단비, 중증무릎관절연골손상특정줄기세포치료비, 신인공관절치환수술비 또는 추간판장애진단비에 한하여 아래 제2항 내지 제3항을 적용합니다.

2 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

3 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박탑승

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증무릎관절연골손상진단비, 중증무릎관절연골손상특정줄기세포치료비, 추간판장애진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법

서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험금의 청구)

1 제5조(보험금의 지급사유)의 중증무릎관절연골손상진단비 또는 중증무릎관절연골손상특정줄기세포치료비에 한하여 아래 제2항 내지 제3항을 적용합니다. 그 외 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금을 청구할 시에는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구)을 따릅니다.

2 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 중증무릎관절연골손상의 진단 결과를 확인할 수 있는 서류(의사소견서, 자기공명영상(MRI) 또는 관절경검사 사진(영상)을 확인할 수 있는 검사결과지 등), 중증무릎관절연골손상 특정줄기세포치료를 확인할 수 있는 서류(진료확인서, 수술기록지, 진료비세부내역서 등))
3. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

3 제2항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-32. 주요산정특례치료소득지원수당(월간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조("중증질환자 암질환 산정특례대상 질환"등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중증질환자 암질환 산정특례대상 질환"이라 함은 "본인일부부담금 산정특례 암질환"(【별표168】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 이 특별약관에서 “뇌·수막의 양성신생물”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례 암질환”(【별표168】 참조)에서 정한 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 분류번호 D32(수막의 양성 신생물)
2. 분류번호 D33(뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물)

4 “중증질환자 암질환 산정특례대상 질환”(“뇌·수막의 양성신생물” 제외)의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “중증질환자 암질환 산정특례대상 질환”(“뇌·수막의 양성신생물” 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

5 “뇌·수막의 양성신생물”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(신경외과의사 등) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 “뇌·수막의 양성신생물”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(“중증질환자 암질환 산정특례대상”등의 정의)

1 이 특별약관에서 “중증질환자 암질환 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 따라 산정특례대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 “본인일부부담금 산정특례 암질환”(【별표168】 참조)에 해당하는 상병으로 진료를 받은 경우	V193

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 암질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 암질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

중증질환자 암질환 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자 암질환 산정특례대상 질환으로 확진한 경우 “건강보험 산정특례 등록 신청서”를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.(관련법령 【부록】 참조)

2 이 특별약관에서 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1 시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
“본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환”(【별표74】 참조)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(【별표75】 참조)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
“본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환”(【별표74】 참조)에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(【별표75】 참조) 에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
“본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환”(【별표74】 참조)에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 단, “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(【별표75】 참조)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

주1) NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.

주2) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주3) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.(관련법령【부록】 참조)

3 이 특별약관에서 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
“본인일부부담금 산정특례 심장질환”(【별표76】 참조)에 해당하는 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술”(【별표77】 참조)에 해당하는 수술 또는 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분”(【별표78】 참조)에 해당하는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 ※ 단, “본인일부부담금 산정특례 심장질환”(【별표76】 참조)에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술”(【별표77】 참조에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증질환자 심장질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.(관련법령【부록】참조)

4 이 특별약관에서 "중증화상 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간		특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【별표80】 참조)에 해당하는 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	가. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조)에서 중증도 기준의 [구분1] 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분1] 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
	나. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조)에서 중증도 기준의 [구분2] 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분2] 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
	다. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
	라. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【별표80】 참조)의 수술을 받는 경우	V306
	마. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조) 중 [구분4]에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증화상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증화상 산정특례 대상에 해당하는 사람은 의사가 중증화상환자로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.
중증화상 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함)이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 1년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.(관련법령【부록】참조)

5 이 특별약관에서 "중증외상 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증외상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증외상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
"중증외상 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증외상 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다.

6 이 특별약관에서 "특정 희귀질환자 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 따라 본 특정기호에 해당하는 산정특례대상으로 등록된 특정 희귀질환자가 등록일로부터 5년간 "본인일부부담금 산정특례 특정 희귀질환"(【별표81】 참조)에 해당하는 상병으로 진료를 받은 경우.	V012
	V022
	V123
	V125
	V126
	V127
	V128
	V129
	V133
	V134
	V135
	V136
	V137
	V138
	V139
	V167
	V168
	V169
	V172
	V173
	V177
	V178
	V190
	V202
	V208
	V213
	V224
	V226
	V233
	V234
	V235
	V238
	V257
	V258
	V259

대상 및 적용기간	특정기호
	V276
	V296
	V297
	V298
	V299

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 희귀질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[희귀질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
희귀질환자 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 희귀질환자 산정특례대상 질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.(관련법령【부록】참조)

7 이 특별약관에서 "특정 중증난치질환자 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 따라 본 특정기호에 해당하는 산정특례대상으로 등록된 특정 중증난치질환자가 등록일로부터 5년간 "본인일부부담금 산정특례 특정 중증난치질환"(【별표82】 참조)으로 진료를 받은 경우.	V124
	V140
	V170
	V223
	V237
	V279
	V287
	V288
	V289
	V290

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 중증난치질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증난치질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증난치질환자 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 중증난치질환자 산정특례대상 질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.(관련법령【부록】참조)

제3조("산정특례 신규등록" 및 "주요산정특례 등록"의 정의)

1 이 특별약관에서 "산정특례 신규등록"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 의해 "중증질환자 산정특례 대상", "희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상"으로 등록된 경우를 말합니다.

2 제 1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 의한 산정특례 재등록은 "산정특례 신규등록"에

서 제외합니다.

[「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)]

1. 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거 · 소멸을 목적으로 수술, 방사선 · 호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우

1의2. 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증화상환자(「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별표3 제4호 라목에 해당하는 상병으로 등록된 사람은 제외한다(【부록】 참조))가 산정특례 적용 종료일부터 2년 이내에 별첨 3의 수술을 받는 경우

2. 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 희귀질환자 및 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자 및 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우

3. 건강보험 산정특례 등록신청서에에 따라 등록한 상세불명희귀질환자 및 기타염색체이상질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우

3 이 특별약관에서 "주요산정특례 등록"이라 함은 아래 각 호에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 보험기간 중 "중증질환자 암질환 산정특례대상 질환"으로 진단확정되고, 그 "중증질환자 암질환 산정특례대상 질환"을 직접적인 원인으로 "중증질환자 암질환 산정특례대상"으로 "산정특례 신규등록"된 경우
2. 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 결과로 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상", "중증질환자 심장질환 산정특례대상", "중증화상 산정특례대상", "중증외상 산정특례대상", "특정 희귀질환자 산정특례대상" 또는 "특정 중증난치질환자 산정특례대상"중 하나로 "산정특례 신규등록"된 경우
3. 보험기간 중 상기 제1호 또는 제2호에 해당하는 산정특례에 대하여 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 따라 산정특례 재등록되는 경우

제4조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"(【별표75】참조), "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술"(【별표77】참조), "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【별표80】참조)에 해당하는 경우에는 이 특별약관에서 정의한 "수술"에 포함됩니다.

제5조("항암방사선치료" 등의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

4 이 특별약관에서 "주사제 항암약물치료"라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 "항암약물치료"를 말합니다.

5 이 특별약관에서 "주사제 외 항암약물치료"라 함은 제3항에서 정한 "주사제 항암약물치료" 이외의 "항암약물치료"를 말합니다.

6 이 특별약관에서 "혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 이 특별약관에서 "중환자실치료"이라 함은 의사에 의하여 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

10 제9항의 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제6조("특정 화상처치"등의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정 화상처치"라 함은 특정 화상처치 분류표(【별표161】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "특정화상처치 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "특정 화상처치 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "특정 화상처치 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "특정 화상처치" 외에 "특정 화상처치 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

4 이 특별약관에서 "특정 깁스치료"라 함은 특정 깁스치료 분류표(【별표162】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "특정 깁스치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

5 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "특정 깁스치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "특정 깁스치료 인정기준"을 따릅니다.

6 제4항 및 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "특정 깁스치료" 외에 "특정 깁스치료 인정기

준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

7 이 특별약관에서 "특정 재활치료"라 함은 특정 재활치료 분류표(【별표163】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "특정 재활치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

8 제7항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "특정 재활치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "특정 재활치료 인정기준"을 따릅니다.

9 제7항 및 제8항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "특정 재활치료" 외에 "특정 재활치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제7조("주요치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "주요치료"라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 따른 본인일부부담금 산정특례 적용을 받아 피보험자가 요양급여비용총액의 일부를 부담한 치료로써 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 휴업발생이 불가피한 정도의 고강도 치료로써 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 수술
2. 항암방사선치료("중증질환자 암질환 산정특례대상"에 한정함)
3. 주사제 항암약물치료("중증질환자 암질환 산정특례대상"에 한정함)
4. 주사제 외 항암약물치료("중증질환자 암질환 산정특례대상"에 한정함)
5. 혈전용해치료
6. 중환자실치료
7. 특정 화상처치
8. 특정 깁스치료
9. 특정 재활치료

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "주요치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 질환의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 질환 및 "주요치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

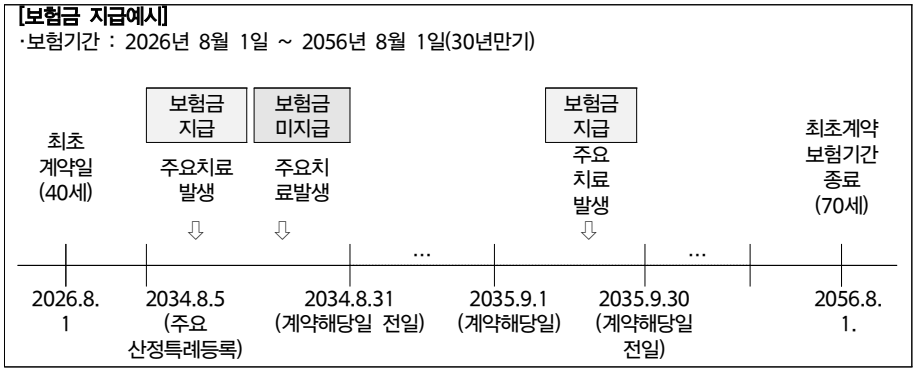
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제8조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요산정특례 등록" 되고 "주요치료"를 받은 경우에는 월간 1회에 한하여 아래의 금액을 소득지원수당으로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "월간"이라 함은 최초계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매월 1개월 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "주요치료"를 받은 날로 합니다. 다만, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



3 제1항에도 불구하고 해당월에 주요치료 중 “주사제 외 항암약물치료”만을 받은 경우에는, 기존에 연간 “주사제 외 항암약물치료”를 받은 적이 있는 경우 다음 계약해당일 전일까지는 보장하지 않습니다.

4 제3항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “주요산정특례 등록”이 취소되는 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제11조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “주요산정특례 등록”이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-33. 주요산정특례(암제외)치료소득지원수당(월간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”등의 정의)

1 이 특별약관에서 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1 시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
“본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환”(【별표74】 참조)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(【별표75】 참조)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
“본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환”(【별표74】 참조)에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(【별표75】 참조)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
“본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환”(【별표74】 참조)에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료 중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 단, “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(【별표75】 참조)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

주1) NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.

주2) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주3) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정

특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.(관련법령【부록】참조)

2 이 특별약관에서 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
"본인일부부담금 산정특례 심장질환"(【별표76】 참조)에 해당하는 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술"(【별표77】 참조)에 해당하는 수술 또는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분"(【별표78】 참조)에 해당하는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 ※ 단, "본인일부부담금 산정특례 심장질환"(【별표76】 참조)에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술"(【별표77】 참조에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증질환자 심장질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.(관련법령【부록】참조)

3 이 특별약관에서 "중증화상 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간		특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【별표80】 참조)에 해당하는 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	가. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조)에서 중증도 기준의 [구분1] 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분1] 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
	나. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조)에서 중증도 기준의 [구분2] 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분2] 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
	다. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
	라. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【별표80】 참조)의 수술을 받는 경우	V306
	마. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조) 중 [구분4]에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증화상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증화상 산정특례 대상에 해당하는 사람은 의사가 중증화상환자로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.
중증화상 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함)이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 1년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.(관련법령 【부록】 참조)

4 이 특별약관에서 "중증외상 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증외상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증외상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
"중증외상 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증외상 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다.

5 이 특별약관에서 "특정 희귀질환자 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 따라 본 특정기호에 해당하는 산정특례대상으로 등록된 특정 희귀질환자가 등록일로부터 5년간 "본인일부부담금 산정특례 특정 희귀질환"(【별표81】 참조)에 해당하는 상병으로 진료를 받은 경우.	V012
	V022
	V123
	V125
	V126
	V127
	V128
	V129
	V133
	V134
	V135
	V136
	V137
	V138
	V139
	V167
	V168
	V169
	V172
	V173
	V177
	V178
	V190
	V202
	V208
	V213
	V224
	V226
	V233
	V234
	V235
	V238
	V257
	V258
	V259
	V276
	V296
	V297
	V298

대상 및 적용기간	특정기호
	V299

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 희귀질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[희귀질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
희귀질환자 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 희귀질환자 산정특례대상 질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.(관련법령【부록】참조)

6 이 특별약관에서 "특정 중증난치질환자 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 따라 본 특정기호에 해당하는 산정특례대상으로 등록된 특정 중증난치질환자가 등록일로부터 5년간 "본인일부부담금 산정특례 특정 중증난치질환"(【별표69】 참조)으로 진료를 받은 경우.	V124
	V140
	V170
	V223
	V237
	V279
	V287
	V288
	V289
	V290

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 중증난치질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증난치질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증난치질환자 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 중증난치질환자 산정특례대상 질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.(관련법령【부록】참조)

제2조("산정특례 신규등록" 및 "주요산정특례(암제외) 등록"의 정의)

1 이 특별약관에서 "산정특례 신규등록"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 의해 "중증질환자 산정특례 대상", "희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상"으로 등록된 경우를 말합니다.

2 제 1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 의한 산정특례 재등록은 "산정특례 신규등록"에서 제외합니다.

[「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)]

1의2. 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증화상환자(「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」별표3 제4호 라목에 해당하는 상병으로 등록된 사람은 제외한다(【부록】 참조))가 산정특례 적용 종료일부터 2년 이내에 별첨 3의 수술을 받는 경우

2. 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 희귀질환자 및 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자 및 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우

3. 건강보험 산정특례 등록신청서에에 따라 등록한 상세불명희귀질환자 및 기타염색체이상질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우

3 이 특별약관에서 "주요산정특례(암제외) 등록"이라 함은 아래 각 호에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 결과로 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상", "중증질환자 심장질환 산정특례대상", "중증화상 산정특례대상", "중증외상 산정특례대상", "특정 희귀질환자 산정특례대상" 또는 "특정 중증난치질환자 산정특례대상"중 하나로 "산정특례 신규등록"된 경우
2. 보험기간 중 상기 제1호에 해당하는 산정특례에 대하여 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 따라 산정특례 재등록되는 경우

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"(【별표75】참조), "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술"(【별표77】참조), "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"

(【별표80】참조)에 해당하는 경우에는 이 특별약관에서 정의한 “수술”에 포함됩니다.

제4조(“혈전용해치료” 등의 정의)

1 이 특별약관에서 “혈전용해치료”이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 제1항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “혈전용해치료”에서 제외됩니다.

4 이 특별약관에서 “중환자실치료”이라 함은 의사에 의하여 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5 제4항의 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제5조(“특정 화상처치”등의 정의)

1 이 특별약관에서 “특정 화상처치”라 함은 특정 화상처치 분류표(【별표161】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “특정 화상처치 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 화상처치 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “특정 화상처치 인정기준”을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 화상처치” 외에 “특정 화상처치 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

4 이 특별약관에서 “특정 깁스치료”라 함은 특정 깁스치료 분류표(【별표162】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “특정 깁스치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

5 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 깁스치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “특정 깁스치료 인정기준”을 따릅니다.

6 제4항 및 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 깁스치료” 외에 “특정 깁스치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

7 이 특별약관에서 “특정 재활치료”라 함은 특정 재활치료 분류표(【별표163】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “특정 재활치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

8 제7항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 재활치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “특정 재활치료 인정기준”을 따릅니다.

9 제7항 및 제8항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 재활치료” 외에 “특정 재활치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제6조(“주요치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “주요치료”라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 따른 본인일부부담금 산정특례 적용을 받아 피보험자가 요양급여비용총액의 일부를 부담한 치료로써 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 휴업발생이 불가피한 정도의 고강도 치료로써 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 수술
2. 혈전용해치료
3. 중환자실치료
4. 특정 화상처치
5. 특정 깁스치료
6. 특정 재활치료

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 “주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 질환의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료
3. 질환 및 “주요치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
6. 기타 “주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제7조(보험금의 지급사유)

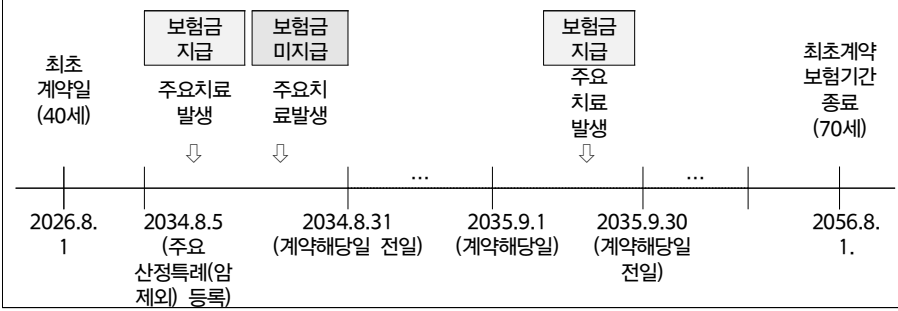
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요산정특례(암제외) 등록” 되고 “주요치료”를 받은 경우에는 월간 1회에 한하여 아래의 금액을 소득지원수당으로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 “월간”이라 함은 최초계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매월 1개월 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “주요치료”를 받은 날로 합니다. 다만, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[보험금 지급예시]

·보험기간 : 2026년 8월 1일 ~ 2056년 8월 1일(30년만기)



제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “주요산정특례(암제외) 등록”이 취소되는 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제10조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는

의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "주요산정특례(암제외) 등록"이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-34. 특정산정특례치료소득지원수당(월간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조("중증화상 산정특례대상"등의 정의)

1 이 특별약관에서 "중증화상 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간		특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【별표80】 참조)에 해당하는 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	가. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조)에서 중증도 기준의 [구분1] 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분1] 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
	나. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조)에서 중증도 기준의 [구분2] 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분2] 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
	다. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
	라. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【별표80】 참조)의 수술을 받는 경우	V306
	마. "본인일부부담금 산정특례 중증화상"(【별표79】 참조) 중 [구분4]에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증화상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증화상 산정특례 대상에 해당하는 사람은 의사가 중증화상환자로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.
중증화상 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함)이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 1년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.(관련법령 【부록】 참조)

2 이 특별약관에서 "중증외상 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증외상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증외상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
"중증외상 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증외상 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다.

3 이 특별약관에서 "특정 희귀질환자 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 따라 본 특정기호에 해당하는 산정특례대상으로 등록된 특정 희귀질환자가 등록일로부터 5년간 "본인일부부담금 산정특례 특정 희귀질환"(【별표81】 참조)에 해당하는 상병으로으로 진료를 받은 경우.	V012
	V022
	V123
	V125
	V126
	V127
	V128
	V129
	V133
	V134
	V135
	V136
	V137
	V138
	V139
	V167
	V168
	V169
	V172
	V173
	V177
	V178
	V190
	V202
	V208
	V213
	V224
	V226
	V233
	V234
	V235
	V238
	V257
	V258
	V259
	V276
	V296
	V297
	V298

대상 및 적용기간	특정기호
	V299

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 희귀질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[희귀질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
희귀질환자 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 희귀질환자 산정특례대상 질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.(관련법령【부록】참조)

4 이 특별약관에서 "특정 중증난치질환자 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 따라 본 특정기호에 해당하는 산정특례대상으로 등록된 특정 중증난치질환자가 등록일로부터 5년간 "본인일부부담금 산정특례 중증난치질환의 특정상병"(【별표10】 참조)으로 진료를 받은 경우.	V124
	V140
	V170
	V223
	V237
	V279
	V287
	V288
	V289
	V290

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 중증난치질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[중증난치질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증난치질환자 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 중증난치질환자 산정특례대상 질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.(관련법령【부록】참조)

제2조("산정특례 신규등록" 및 "특정산정특례 등록"의 정의)

1 이 특별약관에서 "산정특례 신규등록"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 의해 "중증질환자 산정특례 대상", "희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상"으로 등록된 경우를 말합니다.

2 제 1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 의한 산정특례 재등록은 "산정특례 신규등록"에서 제외합니다.

[「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)]

1의2. 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증화상환자(「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」별표3 제4호 라목에 해당하는 상병으로 등록된 사람은 제외한다(【부록】 참조))가 산정특례 적용 종료일부터 2년 이내에 별첨 3의 수술을 받는 경우

2. 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 희귀질환자 및 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자 및 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우

3. 건강보험 산정특례 등록신청서에에 따라 등록한 상세불명희귀질환자 및 기타염색체이상질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우

3 이 특별약관에서 “특정산정특례 등록”이라 함은 아래 각 호에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 결과로 “중증화상 산정특례대상”, “중증외상 산정특례대상”, “특정 희귀질환자 산정특례대상” 또는 “특정 중증난치질환자 산정특례대상”중 하나로 “산정특례 신규등록”된 경우
2. 보험기간 중 상기 제1호에 해당하는 산정특례에 대하여 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 따라 산정특례 재등록되는 경우

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 본인일부부담금 산정특례 “본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술”(【별표80】참조)에 해당하는 경우에는 이 특별약관에서 정의한 “수술”에 포함됩니다.

제4조(“중환자실치료” 등의 정의)

1 이 특별약관에서 “중환자실치료”이라 함은 의사에 의하여 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제5조(“특정 화상처치”등의 정의)

1 이 특별약관에서 “특정 화상처치”라 함은 특정 화상처치 분류표(【별표161】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “특정화상처치 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 화상처치 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “특정 화상처치 인정기준”을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 화상처치” 외에 “특정 화상처치 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

4 이 특별약관에서 “특정 깁스치료”라 함은 특정 깁스치료 분류표(【별표162】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “특정 깁스치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

5 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 깁스치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “특정 깁스치료 인정기준”을 따릅니다.

6 제4항 및 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 깁스치료” 외에 “특정 깁스치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

7 이 특별약관에서 “특정 재활치료”라 함은 특정 재활치료 분류표(【별표163】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “특정 재활치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

8 제7항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 재활치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “특정 재활치료 인정기준”을 따릅니다.

9 제7항 및 제8항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “특정 재활치료” 외에 “특정 재활치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제6조(“주요치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “주요치료”라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)에 따른 본인일부부담금 산정특례 적용을 받아 피보험자가 요양급여비용총액의 일부를 부담한 치료로써 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 휴업발생이 불가피한 정도의 고강도 치료로써 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 수술
2. 중환자실치료
3. 특정 화상처치
4. 특정 깁스치료
5. 특정 재활치료

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 “주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 질환의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 질환 및 “주요치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
6. 기타 “주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제7조(보험금의 지급사유)

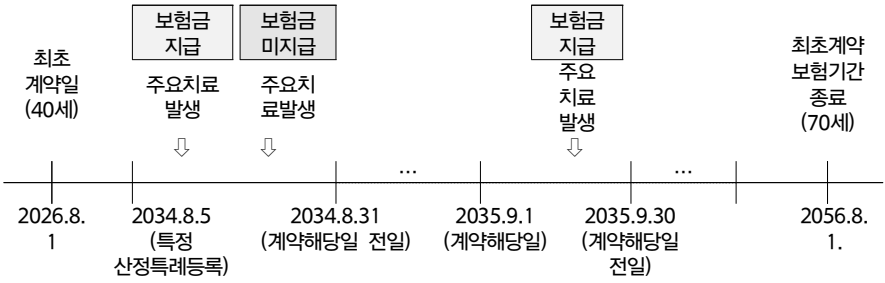
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정산정특례 등록” 되고 “주요치료”를 받은 경우에는 월간 1회에 한하여 아래의 금액을 소득지원수당으로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "월간"이라 함은 최초계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 그 날을 포함하여 매월 1개월 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "주요치료"를 받은 날로 합니다. 다만, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[보험금 지급예시]

·보험기간 : 2026년 8월 1일 ~ 2056년 8월 1일(30년만기)



제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "특정산정특례 등록"이 취소되는 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제10조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "특정산정특례 등

록"이 불가능한 경우

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-35. 보험료납입면제대상보장(6대사유) 특별약관(1종)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
  - ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 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

제2조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“갑상선암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

3 “갑상선암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제5조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를

목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하는 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상보장로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우
2. “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우
3. “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우
4. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “상해50%이상후유장해”라 합니다)
5. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “질병50%이상후유장해”라 합니다)
6. “갑상선암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 계약일로부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일의 전일 이전에 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 “암”에 대한 보장개시일 이후 동일한 암(“암”에 대한 보장개시일의 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일부터 “암”에 대한 보장개시일의 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암”에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

4 제3항의 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우에는 제3항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.

6 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 아래의 대상질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보험금을 지급합니다. 다만, 제11조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

대상질병
“암”, “뇌혈관질환”, “허혈성심장질환”

7 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제6항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제8조(“상해50%이상후유장해”에 관한 세부규정)

1 제6조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때

에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 50%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제9조("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제6조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는

「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 50%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 질병으로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

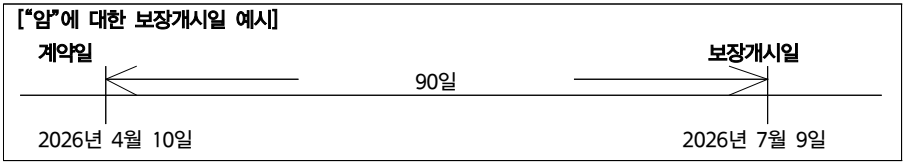
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제11조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제대상보장보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(회사의 보장개시)
① 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[“암”에 대한 보장개시일 예시]



② “뇌혈관질환”, “허혈성심장질환”, “상해50%이상후유장해”, “질병50%이상후유장해” 및 “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. “암”에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. “뇌혈관질환”, “허혈성심장질환”, “상해50%이상후유장해”, “질병50%이상후유장해” 및 “갑상선암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제14조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제15조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-36. 보험료납입면제대상보장(8대사유Ⅱ) 특별약관(2종)

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
② 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를

기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 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

제2조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“갑상선암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

3 “갑상선암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제5조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제8조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하는 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상보장로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 제16조(회사의 보장개시)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일 이후 "암"으로 진단확정된 경우
2. "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우
3. "허혈성심장질환"으로 진단확정된 경우
4. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 "상해50%이상후유장해"라 합니다)
5. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 "질병50%이상후유장해"라 합니다)
6. "갑상선암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
7. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 "중환자실"에 2일이상 입원하여 치료를 받은 경우(이하 "상해중환자실입원"이라 합니다)
8. 진단확정된 질병으로 "중환자실"에 2일이상 입원하여 치료를 받은 경우(이하 "질병중환자실입원"이라 합니다)

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 계약자는 피보험자가 계약일로부터 제16조(회사의 보장개시)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일의 전일 이전에 "암"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 "암"에 대한 보장개시일 이후 동일한 암("암"에 대한 보장개시일의 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일부터 "암"에 대한 보장개시일의 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암"에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는

치료사실이 없을 경우, “암”에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

4 제3항의 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우에는 제3항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.

6 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제16조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 아래의 대상질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보험금을 지급합니다. 다만, 제15조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

대상질병
“암”, “뇌혈관질환”, “허혈성심장질환”

7 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제6항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제10조(“상해50%이상후유장해”에 관한 세부규정)

1 제8조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 50%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제11조("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제8조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 50%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 질병으로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제12조("상해중환자실입원"에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.
3 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
4 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 중환자실에 입원한 것으로 봅니다.
5 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 중환자실에 입원한 것으로 봅니다.

제13조("질병중환자실입원"에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.
3 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
4 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 중환자실에 입원한 것으로 봅니다.
5 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 중환자실에 입원한 것으로 봅니다.

제14조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 제8조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
   1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
   4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

   5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로

인하여 제8조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제15조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제대상보장보험금를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

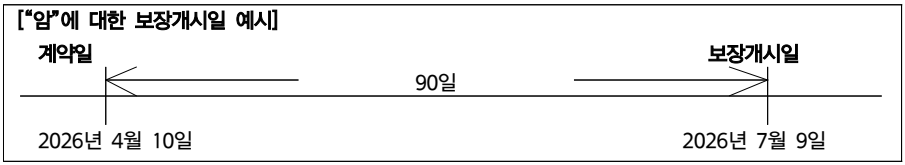
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제16조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[“암”에 대한 보장개시일 예시]



2 “뇌혈관질환”, “허혈성심장질환”, “상해50%이상후유장해”, “질병50%이상후유장해”, “갑상선암”, “상해중환자실입원” 및 “질병중환자실입원”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. “암”에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. “뇌혈관질환”, “허혈성심장질환”, “상해50%이상후유장해”, “질병50%이상후유장해”, “갑상선암”, “상해중환자실입원” 및 “질병중환자실입원”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제18조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-37. 보험료납입면제대상보장(4대사유Ⅱ) 특별약관(3종)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
  - ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 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

제2조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌졸중"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표28】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“특정상해성뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 “특정상해성뇌출혈”이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “특정상해성뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하는 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상보장보험금로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 제9조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우
2. “뇌졸중”으로 진단확정된 경우
3. “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우
4. “특정상해성뇌출혈”으로 진단확정된 경우

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 계약일로부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일의 전일 이전에 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 “암”에 대한 보장개시일 이후 동일한 암(“암”에 대한 보장개시일의 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일부터 “암”에 대한 보장개시일의 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암”에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

4 제3항의 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우에는 제3항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.

6 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 아래의 대상질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보험금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

대상질병
“암”, “뇌졸중”, “급성심근경색증”

7 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제6항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제8조(특별약관의 소멸)

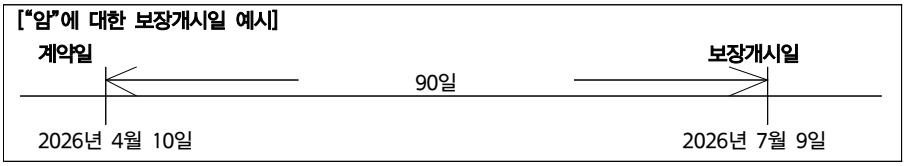
1 회사가 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제대상보장보험금를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



2 "뇌졸중", "급성심근경색증" 및 "특정상해성뇌출혈"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "암"에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "뇌졸중", "급성심근경색증" 및 "특정상해성뇌출혈"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-38. 보험료납입면제대상보장(6대사유Ⅱ) 특별약관(4종)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사

또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 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

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표28】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“특정상해성뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 “특정상해성뇌출혈”이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “특정상해성뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하는 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상보장보험금로 보험수익자에게 지급합니다.
   1. 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우
   2. “뇌졸중”으로 진단확정된 경우
   3. “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우

4. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “상해80%이상후유장해”라 합니다)
5. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “질병80%이상후유장해”라 합니다)
6. “특정상해성뇌출혈”으로 진단확정된 경우

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일의 전일 이전에 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 “암”에 대한 보장개시일 이후 동일한 암(“암”에 대한 보장개시일의 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일부터 “암”에 대한 보장개시일의 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암”에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

4 제3항의 “암”에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우에는 제3항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.

6 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 아래의 대상질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보험금을 지급합니다. 다만, 제10조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

대상질병
“암”, “뇌졸중”, “급성심근경색증”

7 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제6항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제7조(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)

1 제5조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
   1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
   2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합

니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제8조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제5조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해

2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 80%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 질병으로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

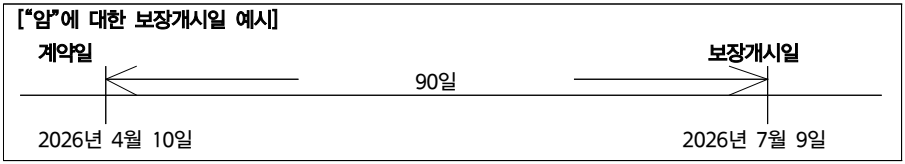
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제10조(특별약관의 소멸)
① 회사가 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제대상보장보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



2 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “상해80%이상후유장해”, “질병80%이상후유장해” 및 “특정상해성뇌출혈”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. “암”에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “상해80%이상후유장해”, “질병80%이상후유장해” 및 “특정상해성뇌출혈”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-39. 보장보험료100%납입지원 (상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해) 특별약관(3,4종)

제1조(“50%이상후유장해”의 정의)

1 이 특별약관에서 “상해50%이상후유장해”라 함은 상해의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우를 말합니다.

2 이 특별약관에서 “질병50%이상후유장해”라 함은 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우를 말합니다.

제2조(“납입지원대상 보장” 및 “납입지원대상 보장보험료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “납입지원대상 보장”이라 함은 이 계약의 계약자가 가입한 보통약관 및 특별약관 중에서 아래의 특별약관을 제외한 보장을 말합니다.

1. 갱신형 특별약관
2. 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관
3. 보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환) 특별약관
4. 보장보험료100%납입지원(상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해) 특별약관
5. 보장보험료100%납입지원(상해/질병50%이상후유장해,뇌혈관/허혈성심장특정질환) 특별약관
6. 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외)

2 이 특별약관에서 “납입지원대상 보장보험료”라 함은 제1항의 “납입지원대상 보장”의 납입 1회당 보장보험료를 말하며, 사고 당시 기준으로 계산합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

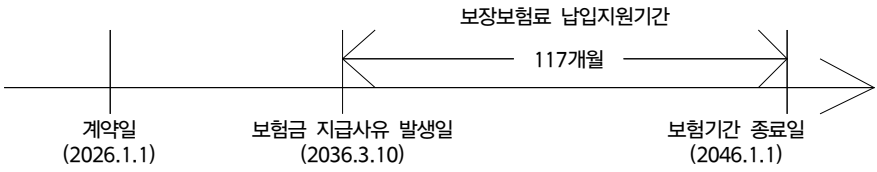
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "상해50%이상후유장해" 또는 "질병50%이상후유장해"의 상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여, 보장보험료 납입지원기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 아래의 금액을 보장보험료 납입지원금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당년도의 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
보장보험료 납입지원금	"납입지원대상 보장보험료" × 당해연도 납입지원 개월수	보장보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액(1회 지급액) 확정지급

2 제1항의 "보장보험료 납입지원기간"이라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다.

3 제1항의 "당해연도 납입지원 개월수"라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 보험금 지급사유 발생일(최초 보험금 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 월단위 기간(월단위 미만의 끝수는 버립니다)을 말합니다. 다만, 보험기간 종료일이 포함되어 있는 당해연도의 경우, 보험기간 종료일 전일까지의 월단위 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시] "납입지원대상 보장보험료" 20만원, 보험기간 20년 기준



지급시기 (매년3.10)	당해연도	당해연도 납입지원 개월수	지급금액(1회지급액) : "납입지원대상 보장보험료" × 당해연도 납입지원 개월수
2036년~ 2044년(9년간)	36.3.10. ~ 37.3.9. 37.3.10. ~ 38.3.9. … 44.3.10. ~ 45.3.9.	12개월 (매년 동일)	20만원×12개월 =240만원 (매년동일)
2045년	45.3.10. ~ 45.12.31.	9개월주)	20만원×9개월 = 180만원
총 지급 합계		**117개월**	**2,340만원**

주) 보험기간 내 마지막 보험금 지급사유발생일 2045.12.10. 부터 보험기간 마지막 날 2045.12.31 까지는 월단위 기간이 되지않으므로 납입지원 개월수에 해당되지 않음.

4 보장보험료 납입지원금은 보험수익자의 요청에 의하여 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급합니다.

제4조("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제1조("50%이상후유장해"의 정의) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 중 "상해50%이상후유장해"에 따른 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]

보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]

보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 50%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제5조("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제1조("50%이상후유장해"의 정의) 제2항에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 중 "질병50%이상후유장해"에 따른 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급

합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 50%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 질병으로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보장보험료 납입지원금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 제1항 이외에도 보통약관 제3절. 납입면제조항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료는 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험료 납입기간과 동일합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 보통약관의 보험료 납입기간 중 회사의 승낙을 얻어 보통약관의 보험료 납입기간을 변경할 경우 회사는 이 특별약관의 보험기간을 보통약관의 보험료 납입기간과 동일하게 변경합니다. 이 경우 변경된 “납입지원대상 보장보험료”를 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

3-40. 보장보험료100%납입지원 (상해/질병50%이상후유장해,뇌혈관/허혈성심장특정질환) 특별약관(3,4종)

제1조("뇌혈관특정질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌혈관특정질환"이라 함은 뇌혈관특정질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "뇌혈관특정질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관특정질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관특정질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조("허혈성심장특정질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "허혈성심장특정질환"이라 함은 허혈성심장특정질환 분류표(【별표27】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "허혈성심장특정질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장특정질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장특정질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조("50%이상후유장해"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해50%이상후유장해"라 함은 상해의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 "질병50%이상후유장해"라 함은 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우를 말합니다.

제4조("납입지원대상 보장" 및 "납입지원대상 보장보험료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "납입지원대상 보장"이라 함은 이 계약의 계약자가 가입한 보통약관 및 특별약관 중에서 아래의 특별약관을 제외한 보장을 말합니다.

1. 갱신형 특별약관
2. 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관
3. 보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환) 특별약관
4. 보장보험료100%납입지원(상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해) 특별약관
5. 보장보험료100%납입지원(상해/질병50%이상후유장해,뇌혈관/허혈성심장특정질환) 특별약관
6. 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 및 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 제외)

② 이 특별약관에서 "납입지원대상 보장보험료"라 함은 제1항의 "납입지원대상 보장"의 납입 1회당 보장보험료를 말하며, 사고 당시 기준으로 계산합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

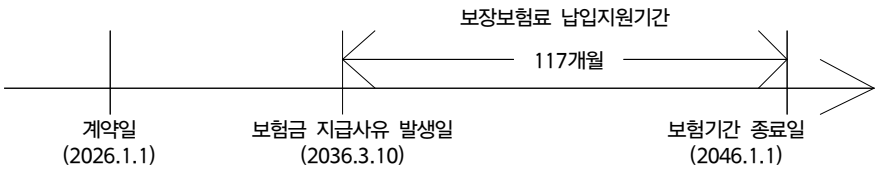
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관특정질환” 또는 “허혈성심장특정질환”으로 진단확정되거나 “상해50%이상후유장해” 또는 “질병50%이상후유장해”의 상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여, 보장보험료 납입지원기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 아래의 금액을 보장보험료 납입지원금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당년도의 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
보장보험료 납입지원금	“납입지원대상 보장보험료” × 당해연도 납입지원 개월수	보장보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액(1회 지급액) 확정지급

2 제1항의 “보장보험료 납입지원기간”이라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다.

3 제1항의 “당해연도 납입지원 개월수”라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 보험금 지급사유 발생일(최초 보험금 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 월단위 기간(월단위 미만의 끝수는 버립니다)을 말합니다. 다만, 보험기간 종료일이 포함되어 있는 당해연도의 경우, 보험기간 종료일 전일까지의 월단위 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시] “납입지원대상 보장보험료” 20만원, 보험기간 20년 기준



지급시기 (매년3.10)	당해연도	당해연도 납입지원 개월수	지급금액(1회지급액) : “납입지원대상 보장보험료” × 당해연도 납입지원 개월수
2036년~ 2044년(9년간)	36.3.10. ~ 37.3.9. 37.3.10. ~ 38.3.9. … 44.3.10. ~ 45.3.9.	12개월 (매년 동일)	20만원×12개월 =240만원 (매년동일)
2045년	45.3.10. ~ 45.12.31.	9개월주)	20만원×9개월 = 180만원
총 지급 합계		**117개월**	**2,340만원**

주) 보험기간 내 마지막 보험금 지급사유발생일 2045.12.10. 부터 보험기간 마지막 날 2045.12.31 까지는 월단위 기간이 되지않으므로 납입지원 개월수에 해당되지 않음.

4 보장보험료 납입지원금은 보험수익자의 요청에 의하여 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

제6조(“상해50%이상후유장해”에 관한 세부규정)

1 제3조(“50%이상후유장해”의 정의) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 중 "상해50%이상후유장해"에 따른 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 50%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제7조("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제3조("50%이상후유장해"의 정의) 제2항에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 중 "질병50%이상후유장해"에 따른 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 50%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 45%를 질병으로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “뇌혈관특정질환” 또는 “허혈성심장특정질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보장보험료 납입지원금을 지급합니다. 다만, 제10조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.
3 제5조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장보험료 납입지원금은 보험수익자의 요청에 의하여 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제10조(특별약관의 소멸)
1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보장보험료 납입지원금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 제1항 이외에도 보통약관 제3절. 납입면제조항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료는 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계

약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험료 납입기간과 동일합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 보통약관의 보험료 납입기간 중 회사의 승낙을 얻어 보통약관의 보험료 납입기간을 변경할 경우 회사는 이 특별약관의 보험기간을 보통약관의 보험료 납입기간과 동일하게 변경합니다. 이 경우 변경된 "납입지원대상 보장보험료"를 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604 4. 비용손해 관련 특별약관

4-1. 성폭력피해발생금(친족제외) 특별약관

제1조(성폭력범죄 등의 정의)

① 이 특별약관에서 "성폭력범죄"라 함은 다음의 각 호를 말합니다.

1. 「형법」 제32장(강간과 추행의 죄)에서 정한 죄
2. 「형법」 제339조(강도강간)의 죄
3. 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2장 성폭력범죄의 처벌 및 절차에 관한 특례에서 정한 죄
   다만, 동법 제5조(친족관계에 의한 강간 등), 제13조(통신매체를 이용한 음란행위) 및 제14조(카메라 등을 이용한 촬영)는 제외합니다.
4. 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)에서 정한 죄

② 제1항 각 호의 범죄로서 다른 법률에 따라 가중처벌되는 죄는 성폭력범죄로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 "검찰의 처분결정"이라 함은 검사가 피의자에게 공소제기(이하 "기소"라 하며, 약식기소를 포함합니다) 또는 불기소처분을 한 것을 말하며, 검사에 의해 불기소된 때에는 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서를 회사에 제출한 경우(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있어야 합니다) 피보험자를 성폭력범죄의 피해자로 인정합니다.

[「형법」 제32장(강간과 추행의 죄)에서 정한 죄]
강간, 유사강간, 강제추행, 준강간/준강제추행, (준)강간/강제추행 미수, 미성년자등에 대한 간음, 업무상위력등에 의한 간음, 미성년자에 대한 간음/추행, 강간등상해/치상, 강간등살인/치사 등

[「형법」 제339조(강도강간)의 죄]
강도가 사람을 강간한 때

[「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2장에서 정한 죄]
특수강도강간, 특수강간, 장애인에 대한 강간·강제추행, 13세 미만의 미성년자에 대한 강간·강제추행 등

[「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)에서 정한 죄]
폭행이나 협박으로 아동·청소년을 강간, 강제추행 등을 한 경우

(관련법령【부록】참조)

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "성폭력범죄"의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 발생한 사고의 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자·보험수익자·계약자가 보험금을 부정 취득할 목적으로 제3자와 공모하여 제2조의 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
5. 피보험자의 친족에 의한 성폭력범죄

다만, 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족 및 인척으로 하며, 사실상의 관계에 의한 친족을 포함합니다.

6. 보험기간 이전에 발생한 피보험자의 성폭력범죄 피해

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류(검찰청에서 발행한 불기소이유통지서, 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-2. 카메라등이용·촬영성폭력범죄발생금 특별약관

제1조(용어의 정의)

① "성폭력범죄(카메라등이용촬영)"이라 함은 카메라나 그 밖에 유사한 기능을 갖춘 기계장치를 이용하여 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 사람의 신체를 촬영대상자의 의사에 반하여 촬영하거나 그 촬영물 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함합니다)을 촬영대상자의 의사에 반하여 반포, 판매, 임대, 제공 또는 공공연하게 전시, 상영하는 다음 각 호의 행위(미수를 포함합니다)를 의미합니다.

1. 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제14조(카메라 등을 이용한 촬영) 제1항(【부록】 참조)
2. 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제14조(카메라 등을 이용한 촬영) 제2항(【부록】 참조)
3. 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제14조(카메라 등을 이용한 촬영) 제3항(【부록】 참조)

② "관련사건"이라 함은 동일 피해자에 대한 다음 각 호의 사건을 의미합니다.

1. 피의자 1인이 범한 수개의 성폭력범죄(카메라등이용촬영)
2. 2인 이상의 피의자가 공동으로 범한 성폭력범죄(카메라등이용촬영)
3. 특정 촬영물 또는 그 복제물(복제물의 복제물을 포함합니다)을 매개로 하여 이루지는 수 개의 "성폭력범죄(카메라등이용촬영)"

③ "검찰의 기소처분결정"이라 함은 검사가 피의자에 대하여 공소제기(이하 "기소"라 하며, 약식기소를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 "성폭력범죄(카메라등이용촬영)" 사건의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 해당 사건의 피의자가 "검찰의 기소처분결정"을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 단, 제1조(용어의 정의) 제2항 각 호의 "관련사건"은 하나의 사건으로 봅니다.

② 제1항에도 불구하고 다른 형사사건의 수사 또는 재판 과정에서 피의자의 피보험자에 대한 "성폭력범죄(카메라등이용촬영)" 혐의를 수사기관이 인지하여 수사기관에 신고, 고소, 고발 등의 접수 없이 "검찰의 기소처분결정"이 내려진 경우에도 보험수익자에게 제1항의 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습

니다.

1. 피보험자의 고의
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 발생한 사고의 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자·보험수익자·계약자가 보험금을 부정 취득할 목적으로 제3자와 공모하여 제2조의 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
5. 보험기간 이전에 발생한 피보험자의 성폭력범죄(카메라등이용촬영) 피해

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류(검찰청에서 발행한 불기소이유통지서, 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-3. 민사소송법률비용Ⅱ(실손)(갱신형), 법률비용패키지(민사소송법률비용Ⅱ(실손)(갱신형)) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 민사소송사건이 이 특별약관의 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되고 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 이 특별약관에 따라 보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 대법원의 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

[소송제기의 원인이 되는 사건]

소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증될 수 있는 사건으로 그 예는 아래와

같습니다.
1. 채무불이행/부당이득의 경우 : 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
2. 손해배상의 경우 : 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

2 제1항의 소송은 소를 직접 제기하거나 소의 제기를 당한 경우에 관계없이 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다)을 말하며 이 특별약관의 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

3 제1항의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

[연간 하나의 사건]
이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

[하나의 소송]
「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(「민사소송법」에 정한 파기환송심, 재심은 제외합니다)
다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(「민사소송법」 제269조(반소)에서 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.
(관련법령【부록】참조)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. 「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」(【부록】 참조)에서 정한 변호사비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과한 금액

소송목적의 값	변호사비용
3백만원까지	30만원
3백만원 초과 ~ 2천만원까지	30만원 + (소송목적의 값 - 3백만원) x 10%
2천만원 초과 ~ 5천만원	200만원 + (소송목적의 값 - 2천만원) x 8%
5천만원 초과 ~ 1억원	440만원 + (소송목적의 값 - 5천만원) x 6%
1억원 초과 ~ 1억5천만원	740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) x 4%
1억5천만원 초과 ~ 2억원	940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) x 2%
2억원 초과 ~ 5억원	1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x 1%
5억원 초과	1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) x 0.5%

주) 향후 「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」(【부록】 참조)에서 정한 위 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

2. 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 x 0.5%
1천만원 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 x 0.45%
1억원 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 x 0.40%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 x 0.35%

주1) 항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2배를 적용합니다.
주2) 향후 「민사소송 등 인지법」에서 정한 위 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

3. 대법원이 정한 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료 납부기준에 따라 계산한 당사자수 2인 기준 송달료 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

심급별		당사자 1인당 납부기준
1심	민사소액	기준송달료 x 10회
	민사단독	기준송달료 x 15회
	민사합의	기준송달료 x 15회
2심		기준송달료 x 12회
3심		기준송달료 x 8회

주1) 향후 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 위 송달료가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

주2) 기준송달료 2025.6.1. 기준 5,500원

2 회사는 제1항 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가로 지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

3 제1항에 대하여 회사가 지급하여야 할 보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
보상한도	2,000만원 한도 (심급별 하나의 소송당 자기부담금 10만원 공제)	1,000만원 한도

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기, 인낙, 소의 취하, 소의 각하
6. 특허법에 정한 특허, 「저작권법」에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상 등)(【부록】 참조)에 따라 제기된 소송
9. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 「독점규제 및 공정거래에 관련 법률」, 「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상 보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험[공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다]에서 보상되는 손해가 발생한 경우, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용 중 의무보험에서 보상받을 수 있는 금액
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성 물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다.
[핵연료물질에 의하여 오염된 물질] 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

[청구의 포기]
원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유없음을 자인한 것을 말합니다.

[인낙]
피고가 원고의 소송상의 청구가 이유있음을 인정한 것을 말합니다.

[소의 취하]
「민사소송법」 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에서 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

[소의 각하]
「민사소송법」 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

[가족]
1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

(관련법령【부록】참조)

제4조(손해의 통지 및 조사)
1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
   1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
   2. 소송 판결 선고 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
   3. 소송에 따른 판결이 선고된 경우
   4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)
피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
   1. 청구서(회사 양식)
   2. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정·소송 상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제6조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 의해 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제7조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 따른 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권(피보험자의 소송상대방에 대한 소송비용액 확정신청권 및 확정된 소송비용액에 대한 청구권을 포함합니다)을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

[대위권 예시]
제3자의 귀책사유로 1,000만원의 손해가 발생한 시점에서 회사가 600만원의 보험금을 지급했다면, 회사는 600만원에 대한 대위권만 가지며 피보험자는 제3자에 대해 400만원의 손해배상청구권을 가집니다.

5 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 "임차인 등"이라 합니다)에 대한 것으로서, 임차인등이 보험료를 납부하는 경우 임차인 등 및 이들과 생계를 같이하는 가족에 대한 대위권을 포기합니다. 다만, 손해가 임차인 등 및 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

4 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제11조(사기에 의한 계약)

1 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제12조(조사)

1 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

3 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

4 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음으로써 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제13조(타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[타인을 위한 계약]
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제14조(특별약관의 해지)

① 계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제1절. 공통조항 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 보통약관 제1절. 공통조항 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

④ 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

⑤ 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제13조(주소변경통지), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제18조(알릴 의무 위반의 효과)는 준용하지 않습니다.

4-4. 행정소송법률비용(실손)(갱신형), 법률비용패키지(행정소송법률비용(실손)(갱신형)) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 행정소송사건이 이 특별약관의 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되고 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 이 특별약관에 따라

보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 대법원의 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급구분	행정사건	사건별 부호
1심	행정1심사건	구합
	행정1심재정단독사건	구단
항소심	행정항소사건	누
상고심	행정상고사건	두

[소송제기의 원인이 되는 사건]
소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가 기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분을 말합니다.

2 제1항의 소송은 소를 직접 제기하거나 소의 제기를 당한 경우에 관계없이 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다)을 말하며 이 특별약관의 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

3 제1조(보험금의 지급사유)의 소송은 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

[하나의 소송]
「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다(「민사소송법[주]」에서 정한 파기환송심, 재심 및 「행정소송법」에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)
다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(「민사소송법[주]」 제269조(반소)에서 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

주) 「행정소송법」에 따라 행정소송상 준용되는 「민사소송법」을 말합니다.

(관련법령【부록】참조)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. 「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」(【부록】 참조)에서 정한 변호사비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과한 금액

소송목적의 값	변호사비용
3백만원까지	30만원
3백만원 초과 ~ 2천만원까지	30만원 + (소송목적의 값 - 3백만원) x 10%
2천만원 초과 ~ 5천만원	200만원 + (소송목적의 값 - 2천만원) x 8%
5천만원 초과 ~ 1억원	440만원 + (소송목적의 값 - 5천만원) x 6%
1억원 초과 ~ 1억5천만원	740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) x 4%
1억5천만원 초과 ~ 2억원	940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) x 2%
2억원 초과 ~ 5억원	1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x 1%
5억원 초과	1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) x 0.5%

주) 향후 「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」(【부록】 참조)에서 정한 위 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

2. 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 x 0.5%
1천만원 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 x 0.45%
1억원 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 x 0.40%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 x 0.35%

주1) 항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2배를 적용합니다.
주2) 향후 「민사소송 등 인지법」에서 정한 위 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

3. 대법원이 정한 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료 납부기준에 따라 계산한 당사자수 2인 기준 송달료 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

심급별	당사자 1인당 납부기준
행정1심사건 / 행정1심재정단독사건	기준송달료 x 10회
행정항소사건	기준송달료 x 10회
행정상고사건	기준송달료 x 8회

주1) 향후 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 위 송달료가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.
주2) 기준송달료 2025.6.1. 기준 5,500원

2 회사는 제1항 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가로 지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.
3 제1항에 대하여 회사가 지급하여야 할 보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
보상한도	1,500만원 한도 (심급별 하나의 소송당 자기부담금 10만원 공제)	500만원 한도

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「행정소송법」(「행정소송법」에 따라 행정소송상 준용되는 「민사소송법」을 포함합니다)에서 정한 청구의 포기, 인낙, 소의 취하, 소의 각하
6. 「특허법」에 정한 특허, 「저작권법」에 정한 저작권, 「상표법」에 정한 상표권, 「실용신안법」에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상 등)(【부록】 참조)에 따라 제기된 소송
9. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 「독점규제 및 공정거래에 관련 법률」, 「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상 보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험[공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다]에서 보상되는 손해가 발생한 경우, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용 중 의무보험에서 보상받을 수 있는 금액
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송

15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성 물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. "국민투표무효소송" 및 「공직선거법」에서 정한 "선거 무효소송"(「공직선거법」 제222조(선거소송))(【부록】 참조), "당선 무효소송"(「공직선거법」 제223조(당선소송))(【부록】 참조)
19. 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한 때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위하여 제기하는 소송
20. 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익 구제와는 관련이 없는 기관소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
21. 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다.
[핵연료물질에 의하여 오염된 물질] 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

[청구의 포기]
원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유없음을 자인한 것을 말합니다.

[인낙]
피고가 원고의 소송상의 청구가 이유있음을 인정한 것을 말합니다.

[소의 취하]
「행정소송법」 및 「민사소송법주)」 제266조(소의 취하), 동법주) 제393조(항소의 취하), 동법주) 제425조(항소심 절차의 준용)에서 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

[소의 각하]
「행정소송법」 및 「민사소송법주)」 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

주) 「행정소송법」에 따라 행정소송상 준용되는 「민사소송법」을 말합니다.

(관련법령【부록】 참조)

제4조(손해의 통지 및 조사)
1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 선고 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 선고된 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정·소송 상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제6조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 의해 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 따른 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권(피보험자의 소송상대방에 대한 소송비용액 확정신청권 및 확정된 소송비용액에 대한 청구권을 포함합니다)을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

[대위권 예시]
제3자의 귀책사유로 1,000만원의 손해가 발생한 시점에서 회사가 600만원의 보험금을 지급했다면, 회사는 600만원에 대한 대위권만 가지며 피보험자는 제3자에 대해 400만원의 손해배상청구권을 가집니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)
1 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
3 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
4 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제11조(사기에 의한 계약)
1 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제12조(조사)
1 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
2 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
3 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.
4 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음으로써 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제13조(타인을 위한 계약)
1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[타인을 위한 계약]
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제14조(특별약관의 해지)

① 계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제1절. 공통조항 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제10조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

④ 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

⑤ 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 보통약관 제1절. 일반 공통조항 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 보통약관 제1절. 일반 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제13조(주소변경통지), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제18조(알릴 의무 위반의 효과)는 준용하지 않습니다.

4-5. 가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형), 법률비용패키지(가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형)) 특별약관

제1조(“이혼소송” 등의 정의)

① 이 특별약관에서 “이혼소송”이라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「가사소송법」 제2조(가정법원의 관장 사항) 제1항 제1호(가사소송사건) 나목(나류(類) 사건)(【부록】 참조)에서 정하는 재판상 이혼 소송
2. 제1호의 재판상 이혼 소송이 「가사소송법」 제14조(관련 사건의 병합)(【부록】 참조)에 따라 가사소송사건 또는 가사비송사건과 병합되어 1개의 판결로 재판되는 경우 하나의 "이혼소송"으로 봅니다.

2 이 특별약관에서 "배우자"라 함은 피보험자 본인의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 법률상 배우자(이하 "배우자"라 합니다)를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "가정구성원"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람을 말합니다.
1. 피보험자의 배우자였던 사람
2. 피보험자 또는 배우자와 직계존비속관계(사실상 양친자관계를 포함)에 있거나 있었던 사람
3. 피보험자에 대하여 계부모와 자녀의 관계 또는 적모와 서자의 관계에 있거나 있었던 사람
4. 피보험자 또는 배우자와 동거 중인 친족(「민법」 제777조(친족의 범위)(【부록】 참조))
5. 피보험자 또는 배우자의 형제자매

단, 「가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조(정의) 2호에서 정하는 피보험자와 사실상 혼인관계에 있는 사람은 가정구성원에 포함되지 않으며, 동법에서 정한 "가정구성원"의 정의가 변경되는 경우 제1호 내지 제4호는 변경된 내용을 따르며, 제5호는 유지됩니다. 또한 제4호의 동거는 주민등록상 동거를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "가정폭력 등의 범죄"라 함은 피보험자 또는 가정구성원과 배우자 사이에 신체적, 정신적 또는 재산상 피해를 수반하는 행위가 발생하여 형법 등 죄의 처벌을 규정한 법률에 위반하는 것을 말하며, 피보험자 또는 가정구성원이 해당 범죄의 직접적인 피해자가 되고 배우자가 피의자가 되는 경우에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 "가정폭력 등의 범죄"가 발생하여 해당 사건이 경찰에 의해 검사에게 송치된 경우, 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 배우자를 상대로 해당 사건을 원인으로 하는 이혼소송을 대한민국 법원에 제기하고 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 이 특별약관에 따라 보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 대법원의 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

분류	심급구분	가사사건	사건별 부호
가사소송	1심	가사1심합의사건	드합
		가사1심단독사건	드단
	2심	가사항소사건	르
	3심	가사상고사건	므

2 제1항의 "가정폭력 등의 범죄"가 경찰에 의해 불송치 결정되어 이에 대한 이의신청이 제기된 경우에는 해당 사건이 검사에 의해 공소제기(약식기소포함) 되는 경우에만 제1항의 "경찰에 의해 검사에게 송치된" 지급사유 조건을 충족한 것으로 봅니다.

3 제1항의 이혼소송은 피보험자가 배우자를 상대로 소를 직접 제기하는 경우에 한하며(상대방의 청구에 대해 반소를 제기하는 것을 포함합니다), 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다)이 이 특별약관의 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

4 제1항의 이혼소송의 제기 이후 소송 진행 중에 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 진행중인 소송에 대하여 이 특별약관에 따라 보상합니다.

5 제1항의 이혼소송은 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

[하나의 사건]
이 특별약관의 보험기간 중 피보험자 또는 가정구성원과 배우자 사이에서 발생한 "가정폭력 등의 범죄"사건을 말하며 피보험자가 이혼소송을 제기한 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

[하나의 소송]
「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 분류되는 소송사건 중 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(「민사소송법[주]」에 정한 파기환송심, 재심은 제외합니다.)

가사소송법 제14조(관련 사건의 병합)에 따라 여러 개의 가사소송사건 또는 가사소송사건과 가사비송사건이 병합되는 경우 1개의 판결로 재판되며 이 특별약관에서 하나의 소송으로 봅니다.
또한, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(「민사소송법[주]」 제269조(반소)에서 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

주) 「가사소송법」에 따라 가사소송상 준용되는 「민사소송법」을 말합니다.

(관련법령【부록】참조)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. 「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」(【부록】 참조)에서 정한 변호사비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과한 금액.

소송목적의 값	변호사비용
3백만원까지	30만원
3백만원 초과 ~ 2천만원까지	30만원 + (소송목적의 값 - 3백만원) x 10%
2천만원 초과 ~ 5천만원	200만원 + (소송목적의 값 - 2천만원) x 8%
5천만원 초과 ~ 1억원	440만원 + (소송목적의 값 - 5천만원) x 6%
1억원 초과 ~ 1억5천만원	740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) x 4%
1억5천만원 초과 ~ 2억원	940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) x 2%
2억원 초과 ~ 5억원	1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x 1%
5억원 초과	1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) x 0.5%

주) 향후 「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」(【부록】 참조)에서 정한 위 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

[소송목적의 값 산정 예시]

순번	재판상이혼과 병합되는 사례(예시)			소송목적의 값
	이혼소송	이혼소송과 병합되는		
		가사사건1	가사사건2	
1	재판상이혼[주1)] (단독)	-	-	5천만원[주2)] 비재산권으로 값 고정
2	재판상이혼 (병합)	손해배상청구[주3)] (2천만원)	-	5천만원
3		재산분할청구[주4)] (3억원)	-	3억원
4		손해배상청구 (2천만원)	재산분할청구 (3억원)	3억 2천만원
5		양육자지정처분[주5)] (비재산권)	-	5천만원

주1) 「가사소송법」 제2조(가정법원의 관장 사항) 제1항 제1호(가사소송사건) 나목 4)
주2) 「민사소송 등 인지규칙」(【부록】 참조) 제18조의2(소가를 산출할 수 없는 재산권상의 소 등)
주3) 「가사소송법」 제2조(가정법원의 관장 사항) 제1항 제1호(가사소송사건) 다목 2)
주4) 「가사소송법」 제2조(가정법원의 관장 사항) 제1항 제2호(가사비송사건) 나목 4)
주5) 「가사소송법」 제2조(가정법원의 관장 사항) 제1항 제2호(가사비송사건) 나목 3)
주6) 향후 「민사소송 등 인지법」 및 「민사소송 등 인지규칙」(【부록】 참조)에서 정한 소송목적의 값의 계산 기준이 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

2. 아래에서 정하는 수수료의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 수수료.

가. 「가사소송법」 제2조 제1항 제1호(가사소송사건) 다목 2)의 손해배상청구 또는 제2조 제1항 제2호(가사비송사건) 나목 4)의 재산분할청구와 병합된 재판상 이혼 소송사건

소송목적의 값	수수료
1천만원 미만	소송목적의 값 x 0.25%
1천만원 ~ 1억원 미만	2,500원 + 소송목적의 값 x 0.225%
1억원 ~ 10억원 미만	27,500원 + 소송목적의 값 x 0.20%
10억원 이상	277,500원 + 소송목적의 값 x 0.175%

주1) 항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2배를 적용합니다.
주2) 향후 「가사소송수수료규칙」 및 「민사소송 등 인지법」에서 정한 위 수수료가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

나. 가.를 제외한 이혼소송 사건

구 분	수수료
1건	20,000원

주1) 항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2배를 적용합니다.
주2) 향후 「가사소송수수료규칙」 제2조(가사소송절차의 수수료) 제1항에서 정한 위 수수료가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

3. 대법원이 정한 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료 납부기준에 따라 계산한 당사자수 2인 기준 송달료 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

심급별	당사자 1인당 납부기준
가사 1심	기준송달료 x 15회
가사 항소	기준송달료 x 12회
가사 상고	기준송달료 x 8회

주1) 향후 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 위 송달료가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.
주2) 기준송달료 2025.6.1. 기준 5,500원

2 회사는 제1항 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가로 지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.
3 제1항에 대하여 회사가 지급하여야 할 보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	수수료 + 송달료
보상한도	950만원 한도 (심급별 하나의 소송당 자기부담금 10만원 공제)	50만원 한도

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 「가사소송법」(「가사소송법」에 따라 가사소송상 준용되는 「민사소송법」을 포함합니다)에서 정한 청구의 포기, 인낙, 소의 취하, 소의 각하
4. 소송의 결과에 따라 피보험자가 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
5. 보장개시일 이전에 이혼소송의 원인이 되는 “가정폭력 등의 범죄”가 발생한 경우. 다만, 보장개시일 이후에 발생한 새로운 “가정폭력 등의 범죄”를 원인으로 하는 경우에는 지급합니다.

[청구의 포기]
원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유없음을 자인한 것을 말합니다.

[인낙]
피고가 원고의 소송상의 청구가 이유있음을 인정한 것을 말합니다.

[소의 취하]
「가사소송법」 및 「민사소송법주)」 제266조(소의 취하), 동법주) 제393조(항소의 취하), 동법주) 제425조(항소심 절차의 준용)에서 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

[소의 각하]
「가사소송법」 및 「민사소송법주)」 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

주) 「가사소송법」에 따라 가사소송상 준용되는 「민사소송법」을 말합니다.

(관련법령【부록】참조)

제5조(손해의 통지 및 조사)
1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 선고 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 선고된 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)
피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 보험금 지급을 위한 증명서
   가. 소장, 소송상 조정·소송상 화해시 해당 조서, 판결문 등 소송의 청구원인을 입증할 수 있는 서류
   나. 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등 지출한 법률비용을 입증할 수 있는 서류
   다. 경찰의 수사결과통지서, 사건사고사실확인원 또는 검찰의 고소·고발사건처분결과통지서, 사건처분결과증명서 등(죄명, 피의자, 피해자, 수사(처분)결과, 사건발생일시, 범죄내용을 확인할 수 있는 서류)
   라. 가정구성원이 가정폭력 등의 범죄의 직접 피해자인 경우, 피보험자와 해당 가정구성원과의 관계를 증빙할 서류 등(단, 다른 서류로 증빙이 되는 경우 생략 가능)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제7조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

2 제1항에 의해 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

3 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

제8조(보험금의 분담)

1 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 따른 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제10조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권(피보험자의 소송상대방에 대한 소송비용액 확정신청권 및 확정된 소송비용액에 대한 청구권을 포함합니다)을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

[대위권 예시]
제3자의 귀책사유로 1,000만원의 손해가 발생한 시점에서 회사가 600만원의 보험금을 지급했다면, 회사는 600만원에 대한 대위권만 가지며 피보험자는 제3자에 대해 400만원의 손해배상청구권을 가집니다.

제11조(계약 후 알릴 의무)
1 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
3 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
4 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제12조(사기에 의한 계약)
1 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제13조(조사)
1 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
2 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
3 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.
4 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음으로써 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제14조(타인을 위한 계약)
1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[타인을 위한 계약]
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제15조(특별약관의 해지)
1 계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제1절. 공통조항 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제11조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
4 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
5 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
6 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.
7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
8 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제16조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제17조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제13조(주소변경통지), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제18조(알릴 의무 위반의 효과)는 준용하지 않습니다.

4-6. 출산후산후조리원비용(실손)(14일한도)(갱신형) 특별약관

제1조(적용범위)
이 특별약관의 피보험자는 여성만을 대상으로 적용합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 자녀를 출산하고 출산의 직접결과로써 산후조리원에 입원하였을 경우, 최초입원일로부터 1일당 피보험자가 부담한 비용을 이 특별약관에 따라 보험수익자에게 산후조리원비용 보험금으로 지급합니다. 다만, 산후조리원비용 보험금의 지급일수는 1회 입원당 14일을 한도로 합니다.
2 제1항의 산후조리원비용 보험금은 피보험자가 부담한 1일당 산후조리원 비용에서 자기부담금을 차감한 후 보상비율을 곱한 금액을 최대 14일까지 보장하며, 보상한도액을 1일당 한도로 합니다. 단, 1일당

산후조리원 비용이 자기부담금 이하인 경우 산후조리원비용 보험금을 지급하지 않습니다.

보상비율	자기부담금 (1일당)	보상한도액 (14일 한도)
70%	1만원	1일당 10만원

3 제1항의 “출산”은 자녀가 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」에 따라 출생신고 된 경우에 한하며, 출생아가 2명 이상인 다태아 출산을 한 경우에도 하나의 출산으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

4 제1항에서 “산후조리원”이라 함은 「모자보건법」 제2조 제10항(【부록】 참조)에서 규정한 산후조리업에 해당하는 국내의 산후조리원으로 동법에 따라 적법하게 신고·설치·운영되는 곳을 말합니다.

5 제1항의 "입원"이라 함은 출산을 마친 산모가 산후 회복 및 신생아 관리를 목적으로, 제4항에서 정한 산후조리원에 입실하여 휴식, 영양관리, 위생관리 등의 비의료적 서비스를 제공받는 것을 말합니다.

6 제1항에서 “최초입원일”은 분만일로부터 42일 이내로 합니다.

7 제2항의 “1일당 산후조리원 비용”이라 함은 피보험자의 전체 입원기간의 산후조리원 비용을 총 입원일수로 나눈 금액을 말합니다

[보험금 지급 예시]

① 산후조리원에 10일 입원하여 110만원 지출한 경우
·1일당 산후조리원 비용: 110만원/10일 = 11만원
·1일당 산후조리원 비용 보험금: {11만원(1일당 산후조리원 비용)-1만원(자기부담금)}×70%(보상비율)
= 7만원
·총 산후조리원 비용 보험금: 7만원 ×10일(이용일수) = 70만원

② 산후조리원에 20일 입원하여 420만원 지출한 경우
·1일당 산후조리원 비용: 420만원/20일 = 21만원
·1일당 산후조리원 비용 보험금: {21만원(1일당 산후조리원 비용)-1만원(자기부담금)}×70%(보상비율)
= 14만원, 1일당 10만원 한도 적용
·총 산후조리원 비용 보험금: 10만원×14일(최대보장일수) = 140만원

③ 산후조리원에 15일 입원하여 165만원 지출한 경우
·1일당 산후조리원 비용: 165만원/15일 = 11만원
·1일당 산후조리원 비용 보험금: {11만원(1일당 산후조리원 비용)-1만원(자기부담금)}×70%(보상비율)
= 7만원
·총 산후조리원 비용 보험금: 7만원×14일(최대보장일수) = 98만원

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 출산으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

2 피보험자가 산후조리원에 입원 중 해당 산후조리원이 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 산후조리원 등록이 취소되거나 영업이 정지되는 등의 사유로 다른 산후조리원에 입원하게 되는 경우에도 제1항을 적용합니다.

3 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 산후조리원에 입원 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 가족 또는 사용인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 보장개시일 이전에 발생한 출산의 직접적인 결과로 인한 산후조리원 비용

2 회사는 다음의 비용은 보상하지 아니합니다.

1. 산후조리원 내에서 제공하는 기본물품 이외의 기저귀, 분유, 젖병, 의류 등 산모 및 신생아용품 구입비용
2. 산후조리원 내에서 판매하거나 외부제휴처를 통해 판매하는 건강기능식품, 화장품, 약품 등 선택적 재화 구입비용
3. 기념사진, 발도장, 탯줄보관함 등 기념품 관련 비용
4. 보호자, 가족 등 산모 이외의 인원에 대하여 발생한 식사, 숙박비용 등 서비스비용

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(산후조리원 입·퇴원 증빙서류, 산후조리원 본인부담금 영수증 등)
3. 피보험자의 출산을 확인할 수 있는 서류(출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

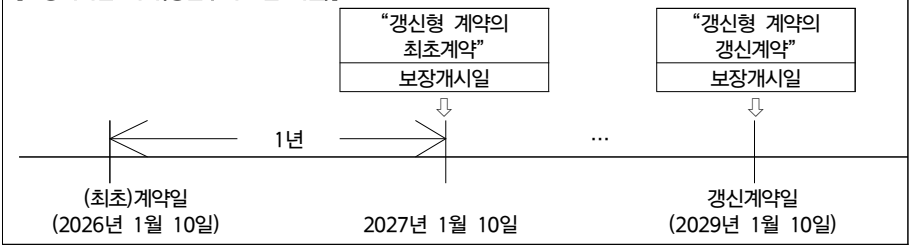
② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 따른 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제7조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-7. 교육활동침해피해발생금 특별약관

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서 피보험자는 교원에 해당하는 사람으로 아래의 사람을 말합니다.
1. 「유아교육법」 제20조(교직원의 구분)(【부록】 참조)에 따른 유치원의 교원(원장, 원감, 수석교사 및 교사)
2. 「초·중등교육법」 제19조(교직원의 구분)(【부록】 참조)에 따른 초등학교·중학교·고등학교·고등공민학교·고등기술학교·특수학교 및 각종학교의 교원(교장, 교감, 수석교사 및 교사)
3. 「교육공무원법」 제32조(기간제교원)(【부록】 참조) 또는 「사립학교법」 제54조의4(기간제교원)(【부록】 참조)에 따른 기간제교원

제2조(“교육활동 침해행위” 등의 정의)
1 이 특별약관에서 “교육활동 침해행위”라 함은 「교원의 지위 향상 및 교육활동 보호를 위한 특별법」 제19조(교육활동 침해행위)(【부록】 참조)에서 정한 교육활동을 침해하는 행위를 말합니다. 다만, 교육청 또는 교육지원청(이하 “교육청”이라 합니다)에 보고된 경우에 한합니다.
2 제1항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 “교육활동 침해행위”의 범위가 변경된 경우에는 “교육활동 침해행위” 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
3 이 특별약관에서 “교권보호위원회”라 함은 「교원의 지위 향상 및 교육활동 보호를 위한 특별법」 제18조(교권보호위원회의 설치·운영)(【부록】 참조)에서 정한 시·도교권보호위원회 및 지역교권보호위원회를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 “교육활동 침해행위”가 발생하고 그 사유로 교육청에 보고된 경우(이하 “교육청 보고”라 합니다) 또는 그 사유로 교권보호위원회에서 심의를 통해 교육활동 침해 사안으로 의결된 경우(이하 “교권보호위원회 의결”이라 합니다) 각각 아래의 금액을 교육활동침해피해발생금으로 피보험자에게 지급합니다.

구분	지급금액
교육청 보고	이 특별약관 보험가입금액의 30%
교권보호위원회 의결	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 “교육활동 침해행위”는 교육청 보고 또는 교권보호위원회 의결의 사유가 되는 교육활동 침해행위의 최초 발생을 기준으로 합니다.
3 제1항의 “교육청 보고”는 사안신고서가 교육청에 제출된 경우를 말하며, 유선 또는 구두로만 보고가 이루어진 경우는 제외합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 교육활동침해피해발생금은 다음 각 호에 해당하는 경우에는 각 구분별(교육청 보고, 교권보호위원회 의결) 1회에 한하여 교육활동침해피해발생금을 지급합니다.
1. 하나의 사안신고서로 2개 이상의 “교육활동 침해행위”가 교육청에 보고된 경우
2. 1개의 “교육활동 침해행위”로 2회 이상 교육청에 보고된 경우
3. 1개의 “교육활동 침해행위”로 2회 이상 교권보호위원회에서 의결된 경우

2 피보험자에게 보험기간 중에 “교육활동 침해행위”가 발생하고 그 사유로 교육청에 보고가 완료되지 않

은 상태로 보험기간이 종료되더라도 교육청 보고 시 이 특별약관에 따라 보장합니다.
3 피보험자에게 보험기간 중에 “교육활동 침해행위”가 발생하고 그 사유로 교권보호위원회 심의 및 의결 처리가 완료되지 않은 상태로 보험기간이 종료되더라도 교권보호위원회 의결 시 이 특별약관에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 발생한 사고의 경우에는 보험금은 지급합니다.
2. 계약자의 고의

2 제1항 이외에도 회사는 피보험자에게 발생한 교육활동 침해행위가 허위로 판명된 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

제6조(보험금의 청구)
1 이 피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 기타 회사가 요구하는 증거자료

2 제1항에도 불구하고 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.
1. 교육청 보고: 교육활동 침해 사안 신고서(교권침해 발생일자 기재) 및 그 사안 신고서를 제출한 공문 등 교권침해의 발생 및 교육청 보고여부를 객관적으로 증명할 수 있는 서류
2. 교권보호위원회 의결: 교권보호위원회 결과통보서 등 교육활동 침해행위의 판단 및 교권보호위원회 심의 및 의결 결과를 객관적으로 증명할 수 있는 서류

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-8. 교직원아동학대형사소송변호사선임비용(실손) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서 피보험자는 교원 또는 직원에 해당하는 사람으로 아래의 사람을 말합니다.
1. 「유아교육법」 제20조(교직원의 구분)(【부록】 참조)에 따른 유치원의 교원(원장, 원감, 수석교사 및 교사)
2. 「초·중등교육법」 제19조(교직원의 구분)(【부록】 참조)에 따른 초등학교·중학교·고등학교·고등공민학교·고등기술학교·특수학교 및 각종학교(이하 “학교”라 합니다)의 교원(교장, 교감, 수석교사 및 교사)
3. 「유아교육법」 제20조(교직원의 구분)(【부록】 참조)에 따라 유치원에 두는 사람 중 교원에 해당하지 아니하는 직원(계약의사, 영양사, 간호사, 간호조무사 및 행정직원)
4. 「초·중등교육법」 제19조(교직원의 구분)(【부록】 참조)에 따라 학교에 두는 사람 중 교원에 해당하지 않는 직원(행정직원 등)
5. 「교육공무원법」 제32조(기간제교원)(【부록】 참조) 또는 「사립학교법」 제54조의4(기간제교원)(【부록】 참조)에 따른 기간제교원

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 “아동학대범죄” 행위를 한 것으로 의심 받는 사고가 발생하고, “아동학대행위자”로 고소·고발 등을 당하여 수사 또는 소송이 진행되었으나 최종적으로 무죄 또는 이와 유사한 처분을 받고 이를 원인으로 피보험자가 변호사선임비용을 지출한 경우, 피보험자가 실제로 부담한 변호사선임비용을 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다.
2 제1항의 “아동학대범죄”라 함은 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호(【부록】 참조)에 정의된 아동학대범죄를 말합니다.
3 제1항의 “아동학대행위자”라 함은 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제5호(【부록】 참조)에 따라 정의된 아동학대범죄를 범한 사람 및 그 공범을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험기간 중에 피보험자가 아동학대범죄 행위를 한 것으로 의심받는 사고가 발생하고, 아동학대행위자로 고소·고발되어 수사기관의 조사 또는 법원의 형사소송을 진행하기 위하여 변호사를 선임하고 최종적으로 무죄 또는 이와 유사한 처분을 받은 경우 지급합니다. 동일 사고에 대하여 피해아동의 신체적·정신적 손해배상 청구를 목적으로 민사소송을 진행하거나 동일 사고에 대하여 다른 범죄로 수사 또는 형사소송을 진행할 경우라도, 아동학대범죄 행위로 신고·기소되어 진행된 조사 또는 형사소송에 대한 변호사 선임비용만을 지급합니다.
2 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 “무죄 또는 이와 유사한 처분”은 다음을 말합니다.
1. 「공소청사건사무규칙」 제115조(불기소결정) 제3항 제2호(【부록】 참조)에서 규정한 혐의없음
2. 「공소청사건사무규칙」 제115조(불기소결정) 제3항 제3호(【부록】 참조)에서 규정한 죄가안됨
3. 「공소청사건사무규칙」 제115조(불기소결정) 제3항 제5호 가목(【부록】 참조)에 따라 혐의없음 또는 죄가안됨의 사유가 명백하여 내려진 각하
4. 「공소청사건사무규칙」 제115조(불기소결정) 제3항 제5호 마목 및 바목(【부록】 참조)
5. 「형사소송법」 제325조(【부록】 참조) 무죄의 판결

3 제1항의 ‘동일 사고’라 함은 형사사건에서 기본적 사실관계의 동일성이 인정되는 사고를 말하며, “아동학대행위자”로서 고소·고발 등을 당하였으나 수사 또는 형사소송 진행 중 “아동학대행위자”에는 해당하지 않는다는 사실이 확인되어 아동학대범죄에 대해서는 무죄 또는 이와 유사한 처분이 확정되었더라도 동일 사고로 다른 형사처벌을 받은 경우에는 지급하지 않습니다.
4 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 등 제2조(보험금의 지급사유) 및 제2항과 관련된 법령이 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.
5 피보험자에게 보험기간 중에 피보험자에게 “아동학대범죄” 행위를 한 것으로 의심 받는 사고가 발생하고 최종적으로 무죄 또는 이와 유사한 처분을 받지 않은 상태로 보험기간이 종료되더라도 최종적으로 무죄 또는 이와 유사한 처분을 받은 경우 이 특별약관에 따라 보장합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다) 또는 중과실에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 소송의 결과에 따라 피보험자가 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
4. 피해아동의 부모, 친척, 동거인 또는 위탁부모에 의한 사고

제5조(보험금의 청구)
피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(소장, 접수증명원, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 변호사 선임범위를 알 수 있는 사건위임계약서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제6조(보험금의 분담)
1 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경

우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 따른 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제7조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권(피보험자의 소송상대방에 대한 소송비용액 확정신청권 및 확정된 소송비용액에 대한 청구권을 포함합니다)을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

[대위권 예시]
제3자의 귀책사유로 1,000만원의 손해가 발생한 시점에서 회사가 600만원의 보험금을 지급했다면, 회사는 600만원에 대한 대위권만 가지며 피보험자는 제3자에 대해 400만원의 손해배상청구권을 가집니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-9. 교원소청변호사선임비용(실손) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 교원소청 심사를 청구할 수 있는 교원에 해당하는 사람으로 아래의 사람을 말합니다.

1. 「유아교육법」 제20조(교직원의 구분)(【부록】 참조)에 따른 유치원의 교원(원장, 원감, 수석교사 및 교사)
2. 「초 · 중등교육법」 제19조(교직원의 구분)(【부록】 참조)에 따른 초등학교 · 중학교 · 고등학교 · 고등공민학교 · 고등기술학교 · 특수학교 및 각종학교의 교원(교장, 교감, 수석교사 및 교사)
3. 「고등교육법」 제14조(교직원의 구분)(【부록】 참조)에 따른 대학 · 산업대학 · 교육대학 · 전문대학 · 방송대학 · 통신대학 · 방송통신대학 · 사이버대학 및 기술대학의 교원(총장, 학장, 교수, 부교수, 조교수 및 강사)

제2조("교원소청"의 정의)
이 특별약관에서 "교원소청"이라 함은 「교원의 지위 향상 및 교육활동 보호를 위한 특별법」 및 「교원소청에 관한 규정」에서의 소청을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 교원소청심사 청구의 원인이 되는 사건이 발생하여 이 특별약관의 보험기간 중에 해당 사건을 원인으로 하는 교원소청심사를 청구하고 대리인으로 변호사를 선임한 경우, 그 소청이 인용(처분의 취소·변경) 또는 기각 심사 결정으로 종료됨에 따라 실제로 부담한 변호사 선임에 따른 비용을 이 특별약관에 따라 보상합니다.

[교원소청 심사 청구의 원인이 되는 사건]
사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 징계처분 및 그 밖에 그 의사에 반하는 불리한 처분을 받는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과한 금액을 보험금으로 지급합니다.
2 「교원소청에 관한 규정」 제18조(결정의 경정)(【부록】 참조)에 따라 경정결정 되어 피보험자가 부담한 변호사선임비용이 변동되는 경우 미지급된 보험금을 보험금 한도 내에서 추가로 지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.
3 제1항에 대하여 회사가 지급하여야 할 보험금은 사고 1회당 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	교원소청변호사선임비용
보상한도	500만원 한도 (1사고당 10만원 자기부담금 공제)

4 피보험자에게 보험기간 중에 피보험자에게 교원소청심사 청구의 원인이 되는 사건이 발생하여 이 특별약관의 보험기간 중에 해당 사건을 원인으로 하는 교원소청심사를 청구하고 대리인으로 변호사를 선임한 이후 그 소청이 인용(처분의 취소·변경) 또는 기각 심사 결정으로 종료되기 전 보험기간이 종료되더라도 그 소청이 인용(처분의 취소·변경) 또는 기각 심사 결정으로 종료된 경우 이 특별약관에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(허위진술 또는 허위증거 제출 행위 포함)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질 의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「교원소청에 관한 규정」에서 정한 청구의 취하, 청구의 각하
6. 가입여부와 관계없이 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 변호사선임비용
7. 교원의 4대 비위사건(성폭력, 금품수수, 시험문제 유출 및 성적조작, 학생에게 상습적이고 심각한 신체적 폭력행위)에 기인한 소청
8. 보험기간 이전에 교원소청 심사 청구의 원인이 되는 사건이 발생한 경우

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다.
[핵연료물질에 의하여 오염된 물질] 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

[청구의 취하]
「교원소청에 관한 규정」 제8조(소청심사청구의 취하)(【부록】 참조)에서 정한 것으로 심사위원회 결정이 있기 전 소청심사청구에 대해 취하하는 것을 말합니다.

[청구의 각하]
「교원소청에 관한 규정」 제16조(심사위원회의 결정)(【부록】 참조)에 따라 소청심사청구가 부적법하다고 내리는 결정을 말합니다.

제6조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 징계처분 및 그 밖에 그 의사에 반하는 불리한 처분에 의해 소청심사를 청구하고 대리인으로 변호사를 선임한 경우(소청심사청구의 대상이 되는 처분의 내용 및 피보험자의 소청 청구내용, 변호사 선임 여부를 회사가 알 수 있는 서류 포함)
2. 변호사를 선임한 소청에 대해 심사 결정 전 청구의 각하, 청구의 취하 등이 발생한 경우
3. 변호사를 선임한 소청에 대해 심사 결정이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 보험금 지급을 위한 증명서(소청심사 청구서, 결정서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서 또는 현금영수증)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 의해 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

제9조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 따른 보상할 금액을 결정합니다.
3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제10조(손해방지의무)
보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제11조(대위권)
1 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

[대위권 예시]
제3자의 귀책사유로 500만원의 손해가 발생한 시점에서 회사가 300만원의 보험금을 지급했다면, 회사는 300만원에 대한 대위권만 가지며 피보험자는 제3자에 대해 200만원의 손해배상청구권을 가집니다.

제12조(계약 후 알릴 의무)
1 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
3 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
4 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제13조(조사)
1 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소청진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
2 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
3 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구

서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 소청 관련 서류를 열람할 수 있습니다.
4 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음으로써 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제14조(타인을 위한 계약)
1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제15조(특별약관의 해지)
1 계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제1절. 공통조항 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제12조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
4 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
5 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
6 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.
7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
8 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제16조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제17조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제13조(주소변경통지), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제18조(알릴 의무 위반의 효과)는 준용하지 않습니다.

5. (독립특별약관)
무배당
가족일상생활중배상책임IV
(갱신형) 특별약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다. 이 특별약관의 경우, 보험수익자는 피보험자와 동일합니다.
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람을 말하며,이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 출생전자녀가입 특별약관(이하 “출생전자녀가입 특별약관”이라 합니다)을 따릅니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
최초계약	제19조(보험계약의 성립) 제2항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제40조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
법률상의 배상책임	법률규정에 따른 배상책임을 말하며, 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.
대인 배상책임	타인의 신체장해에 대한 법률상의 배상책임을 말합니다.
대물 배상책임	타인의 재물손해에 대한 법률상의 배상책임을 말합니다.
보상한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중「보험금 등의 지급한도」조항에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
보험금	보험금의 지급사유가 발생하였을 때 회사가 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
자기 부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

용어	정의
보험금 분담	이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
신체장해	신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.
재물손해	아래의 손해를 말합니다. 가. 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 직접손해 나. 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해 다. 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사고	급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로써 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
테러	정부, 일반대중, 일부집단 등에 대하여 영향을 미치거나 공포를 조성할 의도를 포함하여 정치, 종교, 특정이념, 기타 유사한 목적을 가지고 단독으로 또는 조직이나 정부를 대신하거나 연계하여 행하는 개인이나 집단의 무력 또는 폭력의 사용, 위협 등을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원 • 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년치 이자)) × 10% = 11원 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다 **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】 참조)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

용어	정의
보험계약 대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다.
보험계약 대출이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「노동절 제정에 관한 법률」에 따른 노동절
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. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2026년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.
보험료 = 보장보험료 보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료	

제2관. 보험금의 지급

제3조(피보험자의 범위)
제2절. 보장조항 제1조(피보험자의 범위)를 따릅니다.

제4조(보상하는 손해)
제2절. 보장조항 제2조(보상하는 손해)를 따릅니다.

제5조(보상하지 않는 손해)
제2절. 보장조항 제3조(보상하지 않는 손해)를 따릅니다.

제6조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함)과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 「상법」 제657조(보험사고발생의 통지의무) 제1항(【부록】 참조)에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2절. 보장조항 제2조(보상하는 손해) 제2항 제1호 및 제2항 제2호 다. 또는 라.의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제7조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출해야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 손해배상금 및 그 밖의 내용을 지급하였음을 증명하는 서류
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 의해 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

> **[가지급보험금]**
> 보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제9조(보험금 등의 지급한도)

제2절. 보장조항 제4조(보험금 등의 지급한도)를 따릅니다.

제10조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

[공제계약]
유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국 등이 공제계약을 취급합니다.

제11조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 따른 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위해 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제4조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.

[손해배상청구에 대한 회사의 해결]
피해자는 피보험자를 대신하여 회사에 보험금 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 그 사고에 대하여 손해배상책임의 발생 여부, 손해배상금액 등이 부당하다고 여겨 따지거나 반대하고자 하는 의사를 밝히는 경우 회사는 피보험자를 대신하여 피해자에게 반대하는 등 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제14조(합의 · 절충 · 중재 · 소송의 협조 · 대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중

재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

2 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

[보상책임을 지는 한도]
동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

4 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

5 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제15조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

[대위권 예시]
제3자의 귀책사유로 1,000만원의 손해가 발생한 시점에서 회사가 600만원의 보험금을 지급했다면, 회사는 600만원에 대한 대위권만 가지며 피보험자는 제3자에 대해 400만원의 손해배상청구권을 가집니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제17조(계약 후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나, 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는

통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
3 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
4 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제17조2(양도)
보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)
1 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제19조(보험계약의 성립)
1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
2 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

[보험가입금액 제한]
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.
[일부보장 제외]
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체부위를 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 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

3 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제20조(청약의 철회)
1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 다른 동종의 의무보험에 가입된 경우에만 철회할 수 있으며, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]
「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.
· 청약의 철회에 관한 사항
· 계약의 해지 및 해제
· 분쟁조정 절차에 관한 사항
· 예금자보호법에 따른 보호여부
· 환급금에 관한 사항
· 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
· 저축성 보험계약의 경우 적용이율 및 산출기준, 사업비 차감 및 금액에 관한 사항
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수

있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]
1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자 및 피보험자가 동일한 경우에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제22조(특별약관의 무효)

회사는 계약을 맺을 때에 이 특별약관에서 정한 보험사고가 이미 발생하였을 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제23조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]
보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제24조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제25조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청

구할 수 있습니다.

[타인을 위한 계약]
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제26조(보험나이 등)
1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일 : 1996년 7월 2일, 계약일 : 2026년 1월 10일
⇒ 2026년 1월 10일 − 1996년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제27조(특별약관의 소멸)
1 피보험자 본인의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구)의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자의 고의에 의한 피보험자 본인의 사망의 경우에는 이 특별약관의 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제38조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제5관. 보험료의 납입

제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동

이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[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.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제5조(보상하지 않는 손해), 제18조(사기에 의한 계약), 제22조(특별약관의 무효) 및 제34조(특별약관의 해지)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

4 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제29조(제2회 이후 보험료의 납입)
계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제30조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더이상 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 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 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 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 제1항에 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

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립), 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 및 제34조(특별약관의 해지)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약시할 때 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제34조(특별약관의 해지)가 적용됩니다.

제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]
강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.
담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
·전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]
국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제34조(특별약관의 해지)
1 계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제17조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
4 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
5 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
6 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.
7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보

험금 지급을 거절하지 않습니다.
8 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제34조의2(위법계약의 해지)

1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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.
4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]
금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제35조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 이 특별약관을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(회사의 파산선고와 해지)

1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
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"(【붙임1】 참조)에 따릅니다.
3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
4 제34조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제38조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금
등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 피보험자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제39조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제40조(특별약관의 자동갱신)

1 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신계약일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 계약(이하 "갱신후 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

2 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제41조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

2 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다. 단, 보통약관에서 달리 정한 보장종료일이 있는 경우 해당일을 보장종료일로 합니다.

3 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제42조(자동갱신의 적용)

1 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제40조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

3 제2항에도 불구하고 제1항의 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된 경우에는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

4 제3항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신계약일에 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신계약일에 계약은 종료됩니다.

5 갱신계약일의 전일까지 제4항의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등

으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신계약일 현재의 약관에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신계약일 이후 납입한 갱신후 계약의 보험료를 돌려드립니다.

제43조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

1 계약자가 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해제됩니다.

2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제44조(갱신후 계약의 보장개시)

제40조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제45조(분쟁의 조정)

1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제46조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제47조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2026년 1월 1일에 발생하였음에도 2029년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제48조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보상하지 않는 손해 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제49조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

3 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제50조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자 및 피보험자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제51조(개인정보보호)

1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자 또는 피보험자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제52조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자 보호에 관한 법률」, 「상법」, 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제53조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제2절. 보장조항

가족일상생활중배상책임Ⅳ(대물20만원(누수50만원)공제,누수90일면책)(갱신형) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자는 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)으로서 아래의 사람을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자(이하 "배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주민등록상 동거 중인 친족(「민법」 제777조(친족의 범위)(【부록】 참조))
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 아래에 열거한 "사고"(이하 "사고"라 합니다)로 "대인배상책임" 또는 "대물배상책임"을 부담함으로써 입은 손해(이하 "배상책임손해"라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택 또는 주택의 소유자인 피보험자가 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(주거용 건물에 한하고, 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)로 인한 우연한 사고

② 이 특별약관에서 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 제1절. 공통조항 제12조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 제1절. 공통조항 제12조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   마. 피보험자가 제1절. 공통조항 제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

[유익하였던 비용]
물건의 개량, 이용을 위하여 지출되는 비용으로 물건의 가치를 증가시키는 데 도움이 되는 비용을 말합니다.

[공탁보증보험료]
가압류, 가집행, 가처분 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품을 공탁보증보험이라 하며, 이 보험에 가입하기 위해 필요한 보험료를 공탁보증보험료라 말합니다.

③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 회사에 지체없이 통보하여야 합니다. 이 경우 회사는 통보된 주택의 사고에 대하여 보상합니다.

④ 제3조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 피보험자가 보험증권상 기재된 주택에 거주하지 않거나 소유하지 않게 되어 제3항의 경우가 발생하였으나 이를 통보하지 않은 경우, 피보험자가 보험증권상 기재된 주택에 거주하지 않거나 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아니면 변경된 주택으로

인한 사고를 보상합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

1 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다.
[핵연료물질에 의하여 오염된 물질] 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

2 회사는 피보험자가 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자가 고용한 근로자가 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체장해로 인한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 이를 적용하지 않습니다.
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
8. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수 작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
10. 폭력행위로 인한 배상책임

제4조(보험금 등의 지급한도)

1 회사는 1회의 사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액(1억원)을 한도로 보상하되, 자기부담금(“대물배상책임”에 한하여 “누수사고”인 경우 50만원, “누수사고” 이외의 사고인 경우 20만원)을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제2호 가., 나. 및 마.의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제2호 다. 및 라.의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

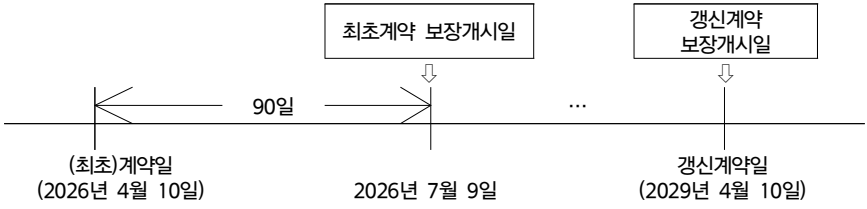
2 이 특별약관에서 “누수사고”라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물, 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

제5조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은

"누수사고"인 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, "누수사고"가 아닌 경우에는 계약일로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

["누수사고" 보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 단, 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 누수사고에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다. 단, 제1절. 공통조항 제47조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. (독립특별약관)
무배당 간병인보장
입원비(갱신형) 특별약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람을 말하며, 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 출생전자녀가입 특별약관(이하 “출생전자녀가입 특별약관”이라 합니다)을 따릅니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.
최초계약	제17조(보험계약의 성립) 제3항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제36조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제9차 개정(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원 • 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년치 이자)) × 10% = 11원 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】참조)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험계약대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다.
보험계약대출 이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「노동절 제정에 관한 법률」에 따른 노동절
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. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2026년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.
보험료 = 보장보험료 보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료	

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금의 지급사유」 조항을 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금 지급에 관한 세부규정」 조항을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금을 지급하지 않는 사유」 조항을 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
3 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것

으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[분쟁조정 신청]
분쟁조정 신청은 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

4 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

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

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

6 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

7 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

8 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제12조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 동일한 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입 의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

[연대(連帶)]
2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 「상법」상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[「상법」 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]
1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예 : 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수

있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등)

↓

계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

↓

계약변경사항 인수 심사

↓

정산금액 처리(환급 또는 추가납입)

↓

계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없습니다) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

[비례보상 예시]

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1억원

· 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 $\times \frac{0.3}{0.5}$ = 6천만원

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우

② 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)를 따릅니다.

4 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 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.

5 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

8 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제16조(사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 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.

[보험가입금액 제한]
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.
[일부보장 제외]
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체부위를 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 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사

실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]

「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

· 청약의 철회에 관한 사항
· 계약의 해지 및 해제
· 분쟁조정 절차에 관한 사항
· 예금자보호법에 따른 보호여부
· 환급금에 관한 사항
· 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
· 저축성 보험계약의 경우 적용이율 및 산출기준, 사업비 차감 및 금액에 관한 사항
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제20조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌

려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

[심신상실자(心神喪失者)]
의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

[심신박약자(心神薄弱者)]
심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]
계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]
보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

7 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제22조(보험나이 등)
1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(특별약관의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일 : 1996년 7월 2일, 계약일 : 2026년 1월 10일
⇒ 2026년 1월 10일 − 1996년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제23조(특별약관의 소멸)
제2절. 보장조항의 보장별 「특별약관의 소멸」 조항을 따릅니다.

제5관. 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[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.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 합니다.

4 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)
계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에

는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더이상 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 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 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

3 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 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 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시

할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.
담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
·전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제30조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조의2(위법계약의 해지)
1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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.
4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 「민법」 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]
금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제31조(중대사유로 인한 해지)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(회사의 파산선고와 해지)
1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(해약환급금)
1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
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"(【붙임1】 참조)에 따릅니다.
3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

4 제30조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제34조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제35조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제36조(특별약관의 자동갱신)

1 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신계약일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 계약(이하 "갱신후 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

2 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제37조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

2 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.

3 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제38조(자동갱신의 적용)

1 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제36조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

3 제2항에도 불구하고 제1항의 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된 경우에는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

4 제3항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신계약일에 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신계약일에 계약은 종료됩니

다.
5 갱신계약일의 전일까지 제4항의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신계약일 현재의 약관에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신계약일 이후 납입한 갱신후 계약의 보험료를 돌려드립니다.

제39조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)
1 계약자가 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해제됩니다.
2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제40조(갱신후 계약의 보장개시)
제36조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제41조(분쟁의 조정)
1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제43조(소멸시효)
보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2026년 1월 1일에 발생하였음에도 2029년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제44조(약관의 해석)
1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]
권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)
1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
3 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제46조(회사의 손해배상책임)
1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제47조(개인정보보호)
1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제48조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자 보호에 관한 법률」, 「상법」, 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제49조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제2절. 보장조항

간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관

※ 이 특별약관은 「무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관」 10종(건강고지형Ⅱ)의 간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(건강고지Ⅱ,갱신형) 특별약관에 해당합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기 원할 경우 회사는 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원해 드리며, 제1항의 상해입원비는 지급하지 않습니다. 이 경우 보통약관에서 정한 「보험수익자의 지정」 조항에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 피보험자가 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하였음에도 회사가 부득이한 사유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 회사는 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인의 간병인사용비용을 보험수익자에게 제5항에서 정한 간병인지원비용을 한도로 지급합니다.

3 피보험자가 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용상해입원비로 제1항의 상해입원비에 더하여 지급합니다. 이때, 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인사용비용 지급을 하지 않습니다.

4 제2항의 "간병인"이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 제3항의 간호·간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

5 "간병인지원비용"이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해주기 위하여 회사가 정한 금액을 말합니다.

[회사가 정한 금액]
계약일에 따라 그 금액이 달라질 수 있으며, 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

6 제2항에 따라 간병인을 지원 받기 원하는 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 하며, 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 상해입원비로 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 상해입원비 지급일수와 간병인 지원일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 간호·간병통합서비스사용상해입원비 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

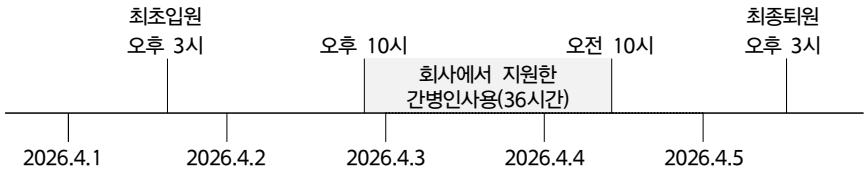
2 제1항의 간병인 지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간 미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이 때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항의 회사가 지원하는 간병인이 아닌 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대해 1일당 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 상해입원비로 지급합니다.

[상해입원비 지급일수 및 간병인 지원일수 예시]

1. 회사에서 지원한 간병인 사용

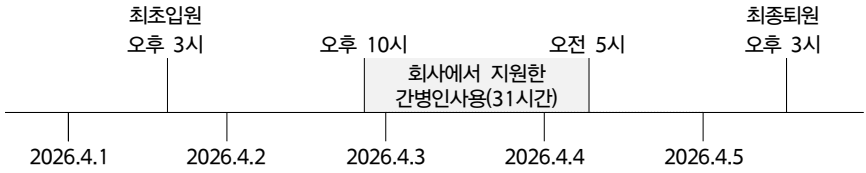
·최초입원일시 : 2026년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 12시간(36시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2026.4.1.~2026.4.5.)
간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 12시간)
상해입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

2. 회사에서 지원한 간병인 사용

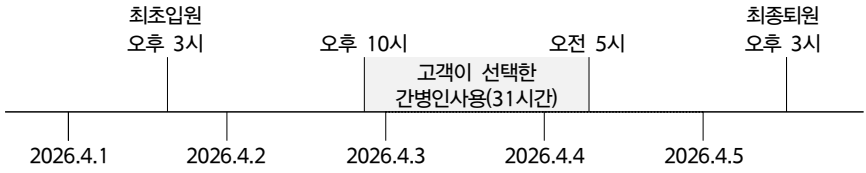
·최초입원일시 : 2026년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2026.4.1.~2026.4.5.)
간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 7시간)
상해입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

3. 고객이 선택한 간병인 사용

·최초입원일시 : 2026년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2026.4.1.~2026.4.5.)
간병인 지원일수 : 1일 (24시간 + 7시간)
상해입원비 지급일수 : 5일 - 1일 = 4일

4 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보장합니다.

5 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스사용상해입원비를 지급합니다.

6 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스사용상해입원비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스사용상해입원비를 지급하지 않습니다.

7 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

8 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

9 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비 및 간호·간병통합서비스사용상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따라 간병인지원비용의 전부 또는 일부를 반환하여야 합니다.

10 제7항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

6 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인 지원 서비스를 제공 할 수 없게 되는 경우, 제1절. 공통조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 이 특별약관을 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용) 특별약관으로 변경하여 드립니다.

상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관

※ 이 특별약관은 「무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관」 10종(건강고지형Ⅱ)의 상해입원비(1일이상180일한도)(건강고지Ⅱ,갱신형) 특별약관에 해당합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
② 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
④ 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

간병인지원질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관

※ 이 특별약관은 「무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관」 10종(건강고지형Ⅱ)의 간병인지원질병입원비(1일이상180일한도)(건강고지Ⅱ,갱신형) 특별약관에 해당합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기 원할 경우 회사는 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원해 드리며, 제1항의 질병입원비는 지급하지 않습니다. 이 경우 보통약관에서 정한 「보험수익자의 지정」 조항에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 피보험자가 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하였음에도 회사가 부득이한 사유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 회사는 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인의 간병인사용비용을 보험수익자에게 제5항에서 정한 간병인지원비용을 한도로 지급합니다.
3 피보험자가 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용질병입원비로 제1항의 질병입원비에 더하여 지급합니다. 이때, 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인사용비용 지급을 하지 않습니다.
4 제2항의 "간병인"이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 제3항의 간호·간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

5 "간병인지원비용"이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해주기 위하여 회사가 정한 금액을 말합니다.

[회사가 정한 금액]
계약일에 따라 그 금액이 달라질 수 있으며, 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

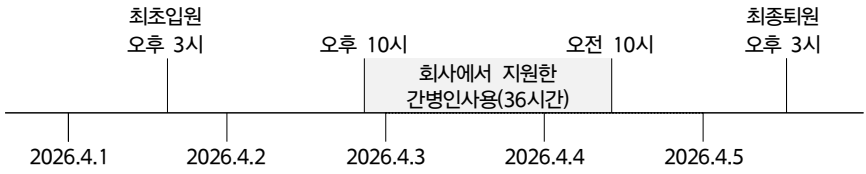
6 제2항에 따라 간병인을 지원 받기 원하는 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 하며, 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 질병입원비로 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 질병입원비 지급일수와 간병인 지원일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 간호·간병통합서비스사용질병입원비 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
2 제1항의 간병인 지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간 미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.
3 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항의 회사가 지원하는 간병인이 아닌 실제 고객이

선택하여 사용한 간병인에 대해 1일당 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 질병입원비로 지급합니다.

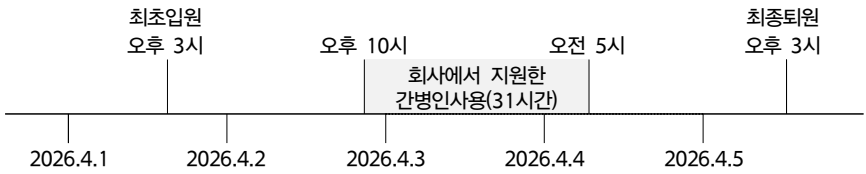
[질병입원비 지급일수 및 간병인 지원일수 예시]

1. 회사에서 지원한 간병인 사용
·최초입원일시 : 2026년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 12시간(36시간)



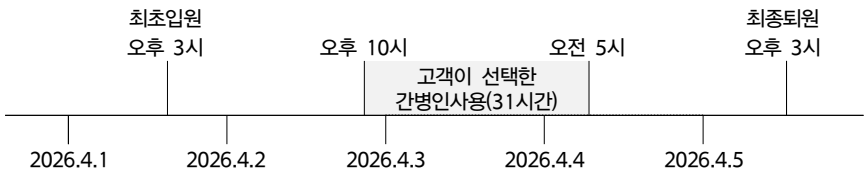
⇒ 총 입원일수 : 5일 (2026.4.1.~2026.4.5.)
간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 12시간)
질병입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

2. 회사에서 지원한 간병인 사용
·최초입원일시 : 2026년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2026.4.1.~2026.4.5.)
간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 7시간)
질병입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

3. 고객이 선택한 간병인 사용
·최초입원일시 : 2026년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2026.4.1.~2026.4.5.)
간병인 지원일수 : 1일 (24시간 + 7시간)
질병입원비 지급일수 : 5일 - 1일 = 4일

4 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을

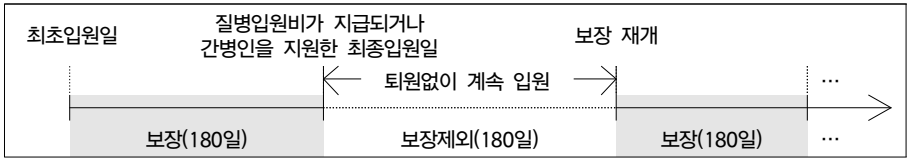
한도로 보장합니다.

5 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스사용질병입원비를 지급합니다.

6 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스사용질병입원비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스사용질병입원비를 지급하지 않습니다.

7 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

8 제7항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비 또는 간호·간병통합서비스사용질병입원비가 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비 또는 간호·간병통합서비스사용질병입원비가 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비 또는 간호·간병통합서비스사용질병입원비가 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



9 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

10 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비 및 간호·간병통합서비스사용질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따라 간병인지원비용의 전부 또는 일부를 반환하여야 합니다.

11 7항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

12. 정상분만, 치과질환

2 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

6 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인 지원 서비스를 제공 할 수 없게 되는 경우, 제1절. 공통조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 이 특별약관을 질병입원비(1일이상180일한도)(전환용) 특별약관으로 변경하여 드립니다.

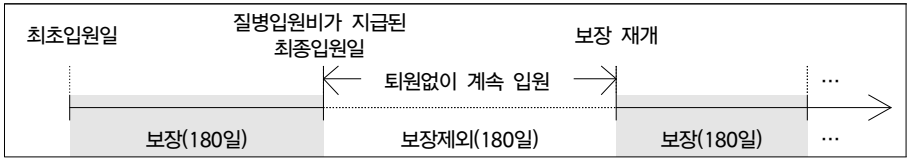
질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관

※ 이 특별약관은 「무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관」 10종(건강고지형Ⅱ)의 질병입원비(1일이상180일한도)(건강고지Ⅱ,갱신형) 특별약관을 따릅니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다. 단, 제1절. 공통조항 제43조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

7. (독립특별약관)
무배당
다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)
특별약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람을 말하며,이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 출생전자녀가입 특별약관(이하 “출생전자녀가입 특별약관”이라 합니다)을 따릅니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.
최초계약	제10조(보험계약의 성립) 제3항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제29조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제9차 개정(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원 × 10% = 10원 원금 • 2년차 이자 = (100원 + 10원) × 10% = 11원 원금 1년치 이자 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】 참조)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험계약 대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다.
보험계약 대출이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】 참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「노동절 제정에 관한 법률」에 따른 노동절
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. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2026년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장 보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가 보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.

보험료 = 보장보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
제2절. 보장조항 제4조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급사유의 통지)
계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제5조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술기록지, 수술확인서 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험금의 지급절차)
① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는

사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[분쟁조정 신청]
분쟁조정 신청은 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

4 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급 합니다.
5 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

6 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
7 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
8 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제7조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 「상법」상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[「상법」 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제8조(알릴 의무 위반의 효과)
1 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제7조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제14조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.

4 제1항에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 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.

5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

7 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제9조(사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제10조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 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.

[보험가입금액 제한]
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

[일부보장 제외]
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체부위를 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 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연

단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제12조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]

「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

· 청약의 철회에 관한 사항
· 계약의 해지 및 해제
· 분쟁조정 절차에 관한 사항
· 예금자보호법에 따른 보호여부
· 환급금에 관한 사항
· 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
· 저축성 보험계약의 경우 적용이율 및 산출기준, 사업비 차감 및 금액에 관한 사항
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를

받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제13조(특별약관의 무효)
제2절. 보장조항 제5조(특별약관의 무효)를 따릅니다.

제14조(계약내용의 변경 등)
① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]
계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]
보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

⑦ 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제15조(보험나이 등)
① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일 : 1996년 7월 2일, 계약일 : 2026년 1월 10일
⇒ 2026년 1월 10일 − 1996년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제16조(특별약관의 소멸)

제2절. 보장조항 제6조(특별약관의 소멸)를 따릅니다.

제5관. 보험료의 납입

제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[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.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제7조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제8조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제18조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제19조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제27조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹

음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로, 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 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 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 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 제1항에 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

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제26조(해약환급금)에 따라 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)을 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제7조(계약 전 알릴 의무), 제8조(알릴 의무 위반의 효과), 제9조(사기에 의한 계약), 제10조(보험계약의 성립) 및 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제7조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제8조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제22조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따

라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제14조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]
강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.
담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
·전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]
국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제23조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조의2(위법계약의 해지)
1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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.

4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

[위법계약]
금융상품판매업자등이「금융소비자 보호에 관한 법률」제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제24조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제25조(회사의 파산선고와 해지)

① 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

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"(【붙임1】 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제27조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제28조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제29조(특별약관의 자동갱신)

1 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신계약일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 계약(이하 "갱신후 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

2 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제30조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

2 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.

3 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제31조(자동갱신의 적용)

1 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제29조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

3 제2항에도 불구하고 제1항의 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된 경우에는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

4 제3항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신계약일에 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신계약일에 계약은 종료됩니다.

5 갱신계약일의 전일까지 제4항의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신계약일 현재의 약관에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신계약일 이후 납입한 갱신후 계약의 보험료를 돌려드립니다.

제32조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

1 계약자가 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해제됩니다.

2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제33조(갱신후 계약의 보장개시)

제29조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제34조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제35조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제36조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2026년 1월 1일에 발생하였음에도 2029년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제37조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제38조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제39조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제40조(개인정보보호)
1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제41조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 「상법」, 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제42조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제2절. 보장조항

암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

※ 이 특별약관은 「무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관」 8종(건강고지형Ⅱ)의 암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(건강고지Ⅱ,갱신형) 특별약관에 해당합니다.

제1조("암(갑상선암및전립선암제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("다빈치로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하며, 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함]	QZ966

[다빈치로봇수술]

다빈치로봇수술이란 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.

(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을

하였음을 확인할 수 있는 경우 “다빈치로봇수술”을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “다빈치로봇수술”에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액				지급한도
최초계약			갱신계약	
계약일부터 경과기간				
90일이하	90일 초과 1년미만	1년 이상		
–	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	최초1회한

제5조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

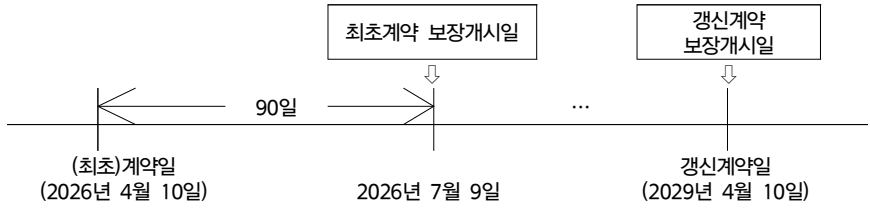
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(보험금의 청구)
이 특별약관의 보험금을 청구할 때는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구)를 따릅니다.

갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

※ 이 특별약관은 「무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관」 8종(건강고지형Ⅱ)의 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(건강고지Ⅱ,갱신형) 특별약관에 해당합니다.

제1조("갑상선암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "전립선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

4 "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("다빈치로봇수술"의 정의)
1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하며, 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함]	QZ966

[다빈치로봇수술]
다빈치로봇수술이란 "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.
3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료

기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “갑상선암” 또는 “전립선암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액				지급한도
최초계약			갱신계약	
계약일부터 경과기간				
90일이하	90일 초과 1년미만	1년 이상		
–	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	최초1회한

제5조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환

일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “갑상선암” 또는 “전립선암”으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

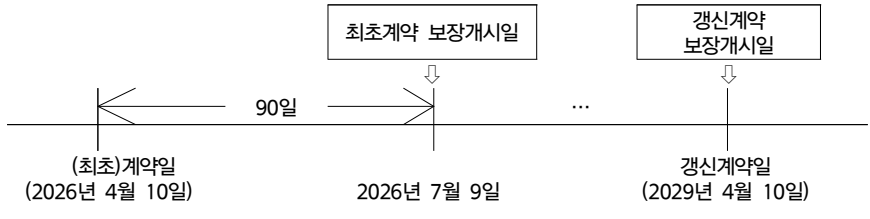
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(보험금의 청구)

이 특별약관의 보험금을 청구할 때는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구)를 따릅니다.

자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

※ 이 특별약관은 「무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관」 8종(건강고지형Ⅱ)의 자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(건강고지Ⅱ,갱신형) 특별약관에 해당합니다.

제1조(“자궁및난소특정질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “자궁및난소특정질환”이라 함은 자궁및난소특정질환 분류표(【붙임3】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “자궁및난소특정질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내

의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제2조("다빈치로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "자궁및난소특정질환"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하며, 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함]	QZ966

[다빈치로봇수술]
다빈치로봇수술이란 "자궁및난소특정질환"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "자궁및난소특정질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "다빈치로봇수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액				지급한도
최초계약			갱신계약	
계약일부터 경과기간				
90일이하	90일 초과 1년미만	1년 이상		
-	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	최초1회한

제5조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "자궁및난소특정질환"으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

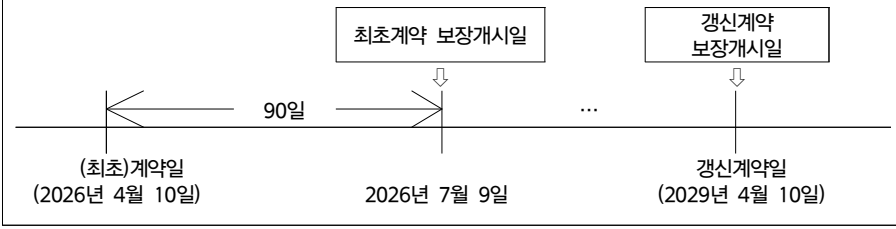
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(보험금의 청구)

이 특별약관의 보험금을 청구할 때는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구)를 따릅니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다. 단, 제1절. 공통조항 제36조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【붙임2】 악성신생물 분류표

제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 악성신생물로 분류되는 질병은 아래와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임3】 자궁및난소특정질환 분류표

약관에 규정하는 자궁및난소특정질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁의 평활근종	D25
2. 자궁의 기타 양성신생물	D26
3. 난소의 양성신생물	D27
4. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성신생물	D28
5. 자궁내막증	N80

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

8. (독립특별약관)
무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604

※ 이 특별약관에서 【납입후50%해약환급금지급형 해당 종】 및 【기본형 해당 종】은 아래의 표에서 정한 종을 의미하며, 각 납입후50%해약환급금지급형 해당 종에 대응하는 기본형 해당 종은 아래의 표와 같습니다.

※ 표준형 상품이란 보험료 산출 시 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장의 상품으로 실제 판매하지 않는 상품을 말합니다.

납입후50%해약환급금지급형 해당 종	기본형 해당 종
【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】	표준형 상품
【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형Ⅱ)】	표준형 상품
【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】	표준형 상품
【7종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형, 3N5간편고지형)】	표준형 상품
【8종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형, 3N5간편고지형)】	표준형 상품
【10종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】	표준형 상품
【11종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】	표준형 상품
【14종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】	【12종(납입면제형,기본형)】
【15종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)】	【13종(납입면제지원 선택형,기본형)】
【16종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형Ⅲ)】	표준형 상품
【17종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형Ⅲ)】	표준형 상품
【20종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 일반고지형)】	표준형 상품
【21종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 일반고지형)】	표준형 상품
【24종(납입후50%해약환급금지급형, 간편고지형)】	표준형 상품
【26종(납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】	표준형 상품

※ 이 특별약관에서【납입면제형】및【납입면제 미운영형】은 아래의 표에서 정한 종을 의미합니다.

납입면제형	납입면제 미운영형
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】 【3종(납입면제형,기본형Ⅱ)】 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형Ⅱ)】 【6종(납입면제형, 기본형, 3N5간편고지형)】 【7종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형, 3N5간편고지형)】 【9종(납입면제형, 기본형, 일반고지형)】 【10종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】 【12종(납입면제형,기본형)】 【14종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】 【16종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제운영형, 3N5간편고지형Ⅲ)】 【18종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형Ⅲ)】 【20종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제운영형, 일반고지형)】 【22종(기본형, 납입면제 운영형, 일반고지형)】 【24종(납입후50%해약환급금지급형, 간편고지형)】 【25종(기본형, 간편고지형)】 【26종(납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】 【27종(기본형, 일반고지형)】	【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】 【8종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형, 3N5간편고지형)】 【11종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】 【13종(납입면제지원 선택형,기본형)】 【15종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)】 【17종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제미운영형, 3N5간편고지형Ⅲ)】 【21종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제미운영형, 일반고지형)】

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제9차 개정(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원 • 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년치 이자)) × 10% = 11원 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】 참조)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험계약대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다
보험계약 대출이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】 참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「노동절 제정에 관한 법률」에 따른 노동절
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.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2026년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리 비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

6 기타 관련 용어

용어	정의
순수보장성 보험	계약의 보험기간이 끝난 때에 지급되는 보험금(만기환급금)이 전혀 없는 보장성보험을 말합니다.

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금의 지급사유」 조항을 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금 지급에 관한 세부규정」 조항을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금을 지급하지 않는 사유」 조항을 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일이내에 보험금을 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료

기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[분쟁조정 신청]
분쟁조정 신청은 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

4 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

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

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

6 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

7 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

8 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 「상법」상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[「상법」 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제10조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방 해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제16조(계약내용의 변경 등)를 따릅니다.

④ 제1항에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 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.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제11조(사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, "인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액"을 차감한 금액. 이하 같습니다)를 돌려드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제12조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 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.

[보험가입금액 제한]
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.
[일부보장 제외]
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체부위를 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 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이

이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 “서면 등”이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제14조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]
「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 계약의 해지 및 해제
- 분쟁조정 절차에 관한 사항
- 예금자보호법에 따른 보호여부
- 환급금에 관한 사항
- 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
- 저축성 보험계약의 경우 적용이율 및 산출기준, 사업비 차감 및 금액에 관한 사항
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명

할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]
1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제15조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의 2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

[심신상실자(心神喪失者)]
의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

[심신박약자(心神薄弱者)]
심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제16조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 【납입후50%해약환급금지급형 해당 종】으로 체결한 계약의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

2 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]
계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

3 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

4 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의하여야 합니다.

6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]
보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

7 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제17조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 청약서의 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일 : 1996년 7월 2일, 계약일 : 2026년 1월 10일
⇒ 2026년 1월 10일 − 1996년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제18조(특별약관의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제31조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제32조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제5관. 보험료의 납입

제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[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.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제9조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제10조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 합니다.

제20조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제21조(보험료의 납입면제)
보험료의 납입면제 관한 사항은 보통약관의 「보험료의 납입면제」를 준용합니다.

제22조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)
보험료의 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관의 「보험료의 납입면제에 관한 세부규정」을 준용합니다.

제23조(보험료의 자동대출납입)
1 계약자는 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제32조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더이상 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.
1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 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 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
3 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 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 제1항에 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

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제9조(계약 전 알릴 의무), 제10조(알릴 의무 위반의 효과), 제11조(사기에 의한 계약), 제12조(보험계약의 성립) 및 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제10조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제26조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제16조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.
담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
·전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징

수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제27조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조(위법계약의 해지)
1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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.
4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제31조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]
금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제29조(중대사유로 인한 해지)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(회사의 파산선고와 해지)
1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

가. 납입후50%해약환급금지급형 해당 종은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 각 납입후50%해약환급금지급형 해당 종에 대응하는 기본형 해당 종 해약환급금의 50%를 지급합니다.

나. 회사는 계약자가 납입후50%해약환급금지급형 해당 종에 가입하는 경우 각 납입후50%해약환급금지급형 해당 종에 대응하는 기본형 해당 종과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

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"(【붙임1】 참조)에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

4 제28조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제32조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 회사는 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제33조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제34조(분쟁의 조정)

1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제35조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제36조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2026년 1월 1일에 발생하였음에도 2029년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제37조(약관의 해석)
① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]
권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제38조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)
① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제39조(회사의 손해배상책임)
① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제40조(개인정보보호)
① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제41조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자 보호에 관한 법률」, 「상법」, 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제42조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제2절. 보장조항

암(4대유사암제외)진단후특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(진단후 10년,연간1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조 ("암전문의료기관(상급종합병원등)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "암전문의료기관(상급종합병원등)"라 함은 "상급종합병원", "국립암센터", "지역암센터" 및 "원자력병원"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "국립암센터"라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)(【부록】 참조)에 따라 설립된 국립암센터를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "지역암센터"라 함은 「암관리법」 제19조(지역암센터 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 설립된 지역암센터를 말합니다.

5 이 특별약관에서 "원자력병원"이라 함은 「방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법」 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의 3(분원 또는 부설기관)(【부록】 참조)에 따라 설립된 한국원자력의학원 및 동남권원자력의학원 산하의 원자력병원을 말합니다.

제3조("암 특정치료"의 정의)

이 특별약관에서 "암 특정치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, “암”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 “암 특정치료”로 봅니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 “암 보험금 지급기간” 이내에 “암 특정치료”를 받은 시점 기준 암전문의료

기관(상급종합병원등)에서 “암”으로 “암 특정치료”를 받은 경우에는 “암 보험금 지급기간”동안 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액		지급한도
계약일부터 “암”으로 진단확정된 날까지 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

[보험금 지급 예시]
– 위암 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2026년 1월 1일)

1차년도	2차년도	3차년도	…	10차년도
암전문의료기관(상급종합병원등)에서 위암수술 2회 위암 항암약물치료 1회 ↓	암전문의료기관(상급종합병원등)에서 위암 항암방사선치료 5회 ↓	암전문의료기관(상급종합병원등) 이외 의료기관에서 위암 항암방사선치료 1회 ↓	…	암전문의료기관(상급종합병원등)에서 대장암 항암약물치료 1회 ↓
1회 지급	**1회 지급**	**미지급**	**…**	**1회 지급**

2028.1.1. (위암 진단확정일) — 2029.1.1 — 2030.1.1 — 2031.1.1 — 2037.1.1 — 2037.12.31. (암 보험금 지급기간 종료일)

2 제1항의 “연간”이라 함은 “암” 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일 전일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다)까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 “암 보험금 지급기간”이란 “암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 암전문의료기관(상급종합병원등)에서 “암 특정치료”를 받은 경우에는 “암” 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 “암 보험금 지급기간”으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 “암 보험금 지급기간” 동안 적용합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제6조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “암 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제6조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)
다음 각 호의 사항은 “암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암” 및 “암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 무효)

1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암" 으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 피보험자가 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암 보험금 지급기간"이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제)

【납입면제형】인 경우

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제)에 따라 보장보험료 납입면제가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【납입면제 미운영형】인 경우

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제12조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【납입면제형】인 경우

1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제11조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납

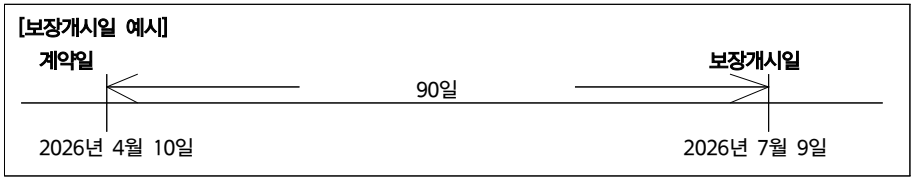
입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
5 이 특별약관에서 정하지 않은 보험료의 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관을 준용합니다.

【납입면제 미운영형】인 경우

1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제11조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제13조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제16조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 제1절. 공통조항 제31조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제17조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절. 공통조항 및 보통약관의 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이

특별약관에서는 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제), 제22조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제31조(해약환급금)은 준용하지 않습니다.

특정유사암진단후특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(진단후10년,연간1회한) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("암전문의료기관(상급종합병원등)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "암전문의료기관(상급종합병원등)"라 함은 "상급종합병원", "국립암센터", "지역암센터" 및 "원자력병원"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "국립암센터"라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)(【부록】 참조)에 따라 설립된 국립암센터를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "지역암센터"라 함은 「암관리법」 제19조(지역암센터 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 설립된 지역암센터를 말합니다.

5 이 특별약관에서 "원자력병원"이라 함은 「방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법」 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의 3(분원 또는 부설기관)(【부록】 참조)에 따라 설립된 한국원자력의학원 및 동남권원자력의학원 산하의 원자력병원을 말합니다.

제3조("특정유사암 특정치료"의 정의)

이 특별약관에서 "특정유사암 특정치료"이라 함은 "특정유사암"을 제거하거나 "특정유사암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, “특정유사암”으로 인하여「호스피스•완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 “특정유사암 특정치료”로 봅니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

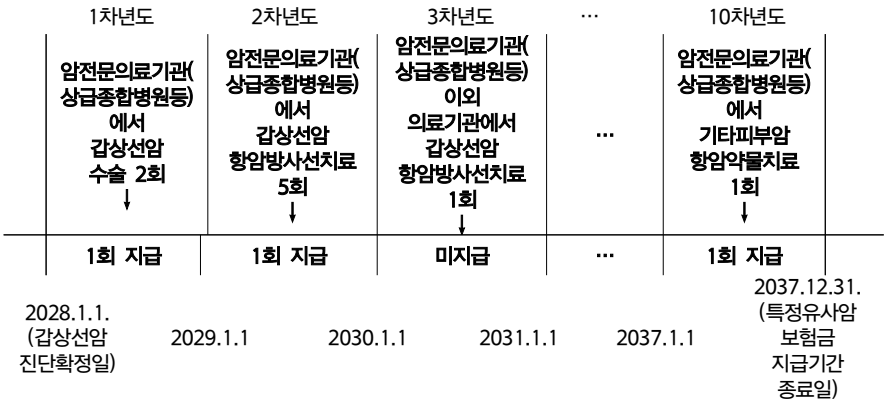
2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정유사암”으로 진단확정되고 “특정유사암 보험금 지급기간” 이내에 “특정유사암 특정치료”를 받은 시점 기준 암전문의료기관(상급종합병원등)에서 “특정유사암”으로 “특정유사암 특정치료”를 받은 경우에는 “특정유사암 보험금 지급기간” 동안 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

[보험금 지급 예시]
– 갑상선암 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2026년 1월 1일)



2 제1항의 “연간”이라 함은 “특정유사암” 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 특정유사암 진단 해당일(특정유사암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 특정유사암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 특정유사암 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 “특정유사암 보험금 지급기간”이란 “특정유사암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 암전문의료기관(상급종합병원등)에서 “특정유사암 특정치료”를 받은 경우에는 “특정유사암” 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 “특정유사암 보험금 지급기간”으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 “특정유사암 보험금 지급기간” 동안 적용합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제6조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 “특정유사암”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “특정유사암 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제6조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “특정유사암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “특정유사암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “특정유사암” 및 “특정유사암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “특정유사암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 “특정유사암”으로 진단확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “특정유사암 보험금 지급기간”이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)

【납입면제형】인 경우

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “특정유사암”으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제)에 따라 보장보험료 납입면제가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【납입면제 미운영형】인 경우

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “특정유사암”으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【납입면제형】인 경우

1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
5 이 특별약관에서 정하지 않은 보험료의 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관을 준용합니다.

【납입면제 미운영형】인 경우

1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 제1절. 공통조항 제31조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 "특정유사암"으로 최초 진단 확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "특정유사암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절. 공통조항 및 보통약관의 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제), 제22조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제31조(해약환급금)은 준용하지 않습니다.

암(4대유사암제외)진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년, 연간1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("종합병원(상급종합병원제외)"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원(상급종합병원제외)"라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원 중에서 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 제외한 종합병원을 말합니다.

제3조("암 특정치료"의 정의)
이 특별약관에서 "암 특정치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, "암"으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "암 특정치료"로 봅니다.

제4조("수술"의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)
① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니

다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 “암 보험금 지급기간” 이내에 “암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원(상급종합병원제외)에서 “암”으로 “암 특정치료”를 받은 경우에는 “암 보험금 지급기간”동안 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액		지급한도
계약일부터 “암”으로 진단확정된 날까지 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

[보험금 지급 예시]

– 위암 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2026년 1월 1일)

1차년도	2차년도	3차년도	…	10차년도
종합병원 (상급종합병원 제외)에서 위암수술 2회 위암 항암약물치료 1회 ↓	**종합병원 (상급종합병원 제외)에서 위암 항암방사선치료 5회 ↓**	**종합병원 (상급종합병원 제외) 이외 의료기관에서 위암 항암방사선치료 1회 ↓**	**…**	**종합병원 (상급종합병원 제외)에서 대장암 항암약물치료 1회 ↓**
1회 지급	**1회 지급**	**미지급**	**…**	**1회 지급**

2028.1.1. (위암 진단확정일) 2029.1.1 2030.1.1 2031.1.1 2037.1.1 2037.12.31. (암 보험금 지급기간 종료일)

2 제1항의 “연간”이라 함은 “암” 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일 전일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다)까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 “암 보험금 지급기간”이란 “암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 종합병원(상급종합병원제외)에서 “암 특정치료”를 받은 경우에는 “암” 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 “암 보험금 지급기간”으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 “암 보험금 지급기간” 동안 적용합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제6조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “암 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제6조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "암 특정치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암" 및 "암 특정치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 무효)

① 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암" 으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암 보험금 지급기간"이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제)

【납입면제형】인 경우

① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제)에 따라 보장보험료 납입면제가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【납입면제 미운영형】인 경우

① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제12조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【납입면제형】인 경우

1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제11조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

5 이 특별약관에서 정하지 않은 보험료의 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관을 준용합니다.

【납입면제 미운영형】인 경우

1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제11조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

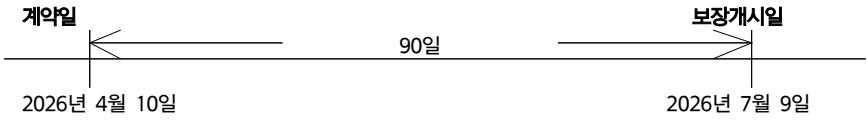
3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제13조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제16조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 제1절. 공통조항 제31조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제17조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절. 공통조항 및 보통약관의 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제), 제22조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제31조(해약환급금)은 준용하지 않습니다.

특정유사암진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 특별약관

제1조(“특정유사암”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 “특정유사암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “특정유사암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“종합병원(상급종합병원제외)”의 정의)
이 특별약관에서 “종합병원(상급종합병원제외)”라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원에서 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 제외한 종합병원을 말합니다.

제3조(“특정유사암 특정치료”의 정의)
이 특별약관에서 “특정유사암 특정치료”이라 함은 “특정유사암”을 제거하거나 “특정유사암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. “특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, “특정유사암”으로 인하여「호스피스•완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 “특정유사암 특정치료”로 봅니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

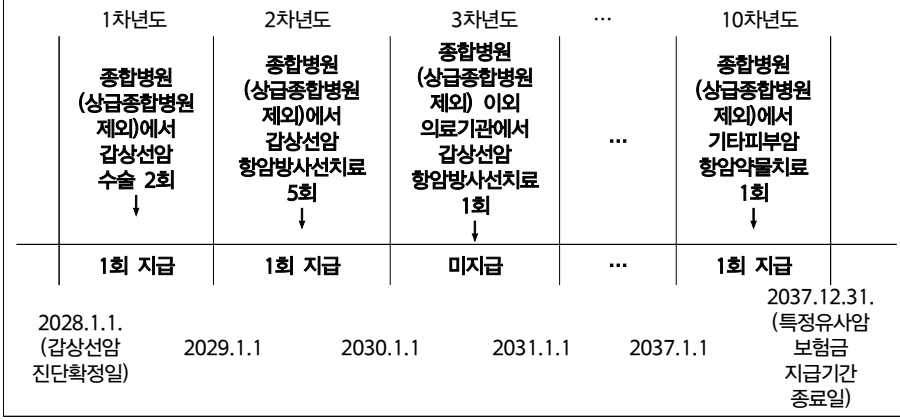
② 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정유사암”으로 진단확정되고 “특정유사암 보험금 지급기간” 이내에 “특정유사암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원(상급종합병원제외)에서 “특정유사암”으로 “특정유사암 특정치료”를 받은 경우에는 “특정유사암 보험금 지급기간” 동안 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

[보험금 지급 예시]
– 갑상선암 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2026년 1월 1일)



2 제1항의 “연간”이라 함은 “특정유사암” 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 특정유사암 진단 해당일(특정유사암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 특정유사암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 특정유사암 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 “특정유사암 보험금 지급기간”이란 “특정유사암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 종합병원(상급종합병원제외)에서 “특정유사암 특정치료”를 받은 경우에는 “특정유사암” 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 “특정유사암 보험금 지급기간”으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 “특정유사암 보험금 지급기간” 동안 적용합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제6조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 “특정유사암”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “특정유사암 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제6조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “특정유사암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “특정유사암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “특정유사암” 및 “특정유사암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “특정유사암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 “특정유사암”으로 진단확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “특정유사암 보험금 지급기간”이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)
【납입면제형】인 경우
1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “특정유사암”으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제)에 따라 보장보험료 납입면제가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
【납입면제 미운영형】인 경우
1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “특정유사암”으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)
【납입면제형】인 경우
1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
5 이 특별약관에서 정하지 않은 보험료의 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관을 준용합니다.
【납입면제 미운영형】인 경우
1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 제1절. 공통조항 제31조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 "특정유사암"으로 최초 진단 확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "특정유사암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절. 공통조항 및 보통약관의 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제), 제22조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제31조(해약환급금)은 준용하지 않습니다.

하이클래스Ⅰ암(특정유사암포함)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 특정치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 특정치료"라 함은 "암(특정유사암포함)"을 제거하거나 "암(특정유사암포함)"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "암(특정유사암포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 수술"을 받은 경우
2. "암(특정유사암포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(특정유사암포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료"를 받은 경우

2 제1항에서 전액본인부담급여라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
3 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.
4 제1항 제1호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암(특정유사암포함)을 제거하거나 암(특정유사암포함)의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.
5 제1항 제2호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료"는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.
6 제1항 제3호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

[진료비 세부내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

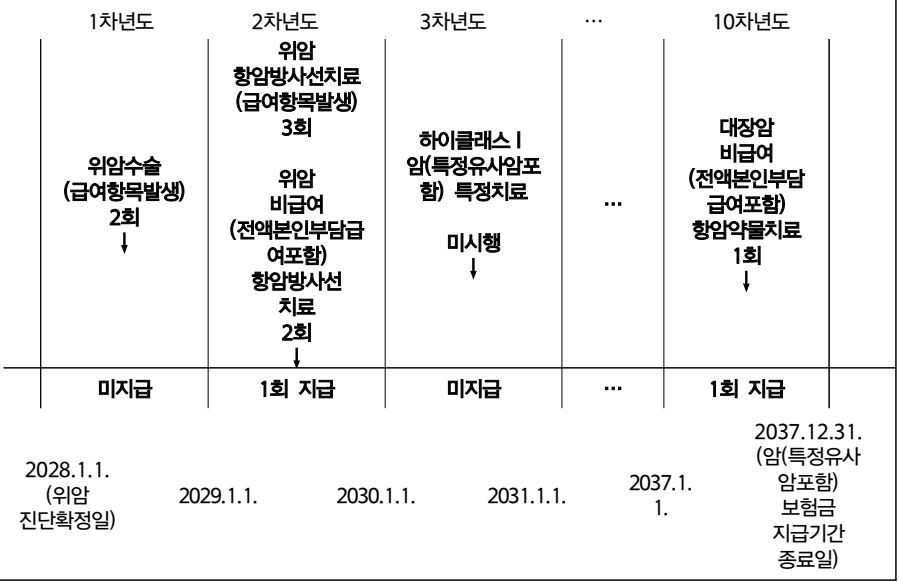
3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 "암(특정유사암포함) 보험금 지급기간" 이내에 "암(특정유사암포함)"으로 "하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 특정치료"를 받은 경우에는 "암(특정유사암포함) 보험금 지급기간"동안 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액		지급 한도
계약일부터 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정된 날까지 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

[보장 예시]
- 위암 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2026년 1월 1일)



2 제1항의 "연간"이라 함은 "암(특정유사암포함)" 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암(특정유사암포함) 진단 해당일(암(특정유사암포함) 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다)전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암(특정유사암포함) 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암(특정유사암포함) 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함) 보험금 지급기간"이란 "암(특정유사암포함)" 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 특정치료"를 받은 경우에는 "암(특정유사암포함)" 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "암(특정유사암포함) 보험금 지급기간"으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 "암(특정유사암포함) 보험금 지급기간"동안 적용합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제5조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암(특정유사암포함) 보험금 지급기간"이 종료되지 않았을 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 특정치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암(특정유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과

유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암(특정유사암포함)” 및 “하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제8조(특별약관의 무효)
1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)” 으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)
1 피보험자가 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “암(특정유사암포함) 보험금 지급기간”이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)
【납입면제형】인 경우
1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제)에 따라 보장보험료 납입면제가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
【납입면제 미운영형】인 경우
1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【납입면제형】인 경우

1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

5 이 특별약관에서 정하지 않은 보험료의 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관을 준용합니다.

【납입면제 미운영형】인 경우

1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

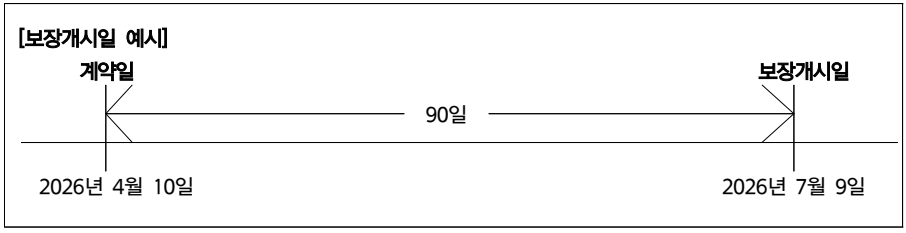
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제12조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제14조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제15조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 제1절. 공통조항 제31조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 최초 진단 확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암(특정유사암포함) 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절. 공통조항 및 보통약관의 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제), 제22조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제31조(해약환급금)은 준용하지 않습니다.

하이클래스Ⅰ암(특정유사암포함)항암약물치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암(특정유사암포함)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 항암약물치료”라 함은 “항암약물치료” 치료 중 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료”를 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 이 특별약관에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료”는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 “전액본인부담급여” 또는 “비급여”에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

[진료비 세부내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

4 제3항에서 “전액본인부담급여”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

5 제3항에서 “비급여”라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

6 제2항 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 “암(특정유사암포함) 보험금 지급기간” 이내에 “암(특정유사암포함)”으로 “하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 항암약물치료”를 받은 경우에는 “암(특정유사암포함) 보험금 지급기간”동안 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액		지급 한도
계약일부터 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정된 날까지 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

[보장 예시]
- 위암 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2026년 1월 1일)

1차년도	2차년도	3차년도	…	10차년도
위암수술 (급여항목발생) 2회 위암 비급여 (전액본인부담급여포함) 항암약물치료 1회 ↓	위암 항암방사선치료 (급여항목발생) 3회 위암 비급여 (전액본인부담급여포함) 항암방사선치료 2회 ↓	하이클래스Ⅰ암(특정유사암포함) 항암약물치료 미시행 ↓	…	대장암 비급여 (전액본인부담급여포함) 항암약물치료 1회 ↓
1회 지급	미지급	미지급	…	1회 지급

2028.1.1. (위암 진단확정일) | 2029.1.1. | 2030.1.1. | 2031.1.1. | 2037.1.1. | 2037.12.31. (암(특정유사암포함) 보험금 지급기간 종료일)

2 제1항의 “연간”이라 함은 “암(특정유사암포함)” 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암(특정유사암포함) 진단 해당일(암(특정유사암포함) 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다)전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암(특정유사암포함) 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암(특정유사암포함) 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 “암(특정유사암포함) 보험금 지급기간”이란 “암(특정유사암포함)” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 “하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 항암약물치료”를 받은 경우에는 “암(특정유사암포함)” 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 “암(특정유사암포함) 보험금 지급기간”으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 “암(특정유사암포함) 보험금 지급기간”동안 적용합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제3조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “암(특정유사암포함) 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 항암약물치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암(특정유사암포함)”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암(특정유사암포함)” 및 “하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 항암약물치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "하이클래스Ⅰ 암(특정유사암포함) 항암약물치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제6조(특별약관의 무효)

1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정유사암포함)" 으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 피보험자가 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 제3조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암(특정유사암포함) 보험금 지급기간"이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제)

【납입면제형】인 경우

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제)에 따라 보장보험료 납입면제가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【납입면제 미운영형】인 경우

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

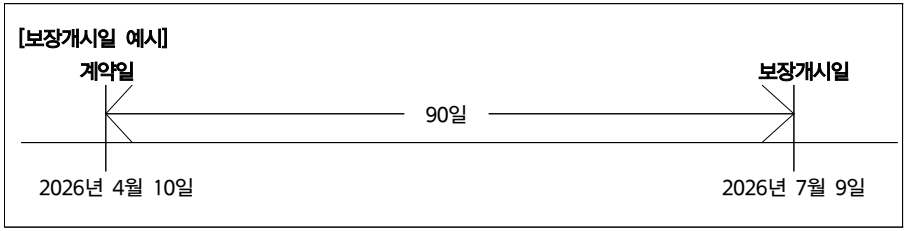
제9조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 제1절. 공통조항 제12조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제8조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1절. 공통조항 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제10조(회사의 보장개시)
제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 제1절. 공통조항 제31조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 최초 진단 확정되고 제3조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암(특정유사암포함) 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절. 공통조항 및 보통약관의 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입면제), 제22조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제31조(해약환급금)은 준용하지 않습니다.

암(특정유사암포함)후유장해(3-100%) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에

따릅니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암(특정유사암포함)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접 결과로써 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 아래의 금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 “암(특정유사암포함)”의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 “암(특정유사암포함)”의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【붙임3】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : “암(특정유사암포함)”의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : “암(특정유사암포함)”의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 "암(특정유사암포함)"으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 "암(특정유사암포함)"으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 눈에 장해지급률 15%에 해당하는 장해(한 눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 암으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우(한 눈이 멀었을 때)에는 보험가입 후 발생한 암으로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 15%를 뺀 35%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 일상생활 기본동작(ADLs)제한 장해평가표 상 이동동작에 있어 장해지급률 10%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 암을 원인으로 동일한 장해유형으로 장해지급률 40%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 상해로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 40%에서 상해로 인한 장해지급률 10%를 뺀 30%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

8 피보험자의 "암(특정유사암포함)"의 결과로 후유장해상태와 동시 또는 순차적으로 상해 또는 "암(특정유사암포함)"과 직접관련 없는 다른 질병의 결과로 인한 후유장해상태가 발생한 경우에는 전체 후유장해지급률 중 "암(특정유사암포함)"의 결과로 발생한 후유장해지급률에 대한 보험금만을 지급합니다.

[제8항 관련 예시]
뇌경색증과 간암으로 진단받은 환자가 뇌경색증의 결과로 장해지급률 75%에 해당하는 장해상태(정신행동에 심한 장해를 남긴 때)가 되고, 간암을 원인으로 간이식 수술을 받고 장해지급률 15%에 해당하는 장해상태(흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때)가 된 경우 "암"에 의해 발생한 15%를 최종 장해지급률로 결정합니다

9 회사가 지급하여야 할 하나의 "암(특정유사암포함)"으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

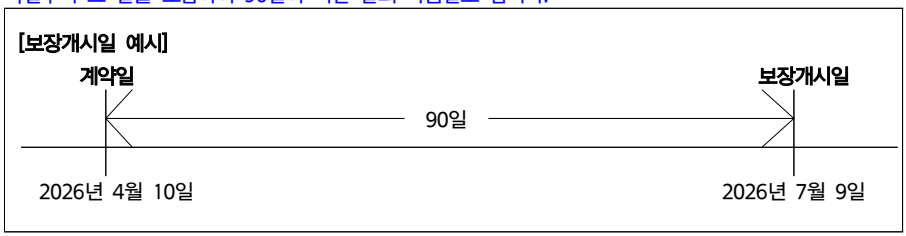
1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계

약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한) 특별약관

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암중입자방사선치료"의 정의)
1 이 특별약관에 있어서 "항암중입자방사선치료"라 함은 "항암방사선치료" 중, 국내 또는 국외에 허가된 중입자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 탄소 또는 헬륨 등(수소 제외) 입자를 가속하여 얻은 분리된 중입자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 중입자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

[항암중입자방사선치료]
항암중입자방사선치료(Carbon Ion Radiotherapy, CIRT)는 탄소입자를 이용한 방사선치료의 하나로서, 양성자치료에 사용되는 수소입자보다 12배 무거운 탄소입자를 가속시켜 암세포를 조준해 파괴하는 치료법입니다. 국내에서는 간암, 전립선암, 췌장암, 폐암 등에 대하여 항암중입자방사선치료가 치료적응증으로 인정되고 있으며, 향후 의학기술 발달에 따라 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에 정한 질병에 대하여 치료대상이 확대되는 경우에도 보장합니다.

2 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암중입자방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암중입자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】, 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

계약일부터 경과기간	
90일 이하	90일 초과
–	이 특별약관의 보험가입금액

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】 및 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】이외의 경우

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 무효)

1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암중입자방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

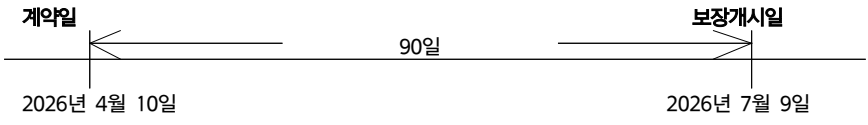
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 암(4대유사암제외)특정치료비(수술)(종합병원)(연간1회한)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(항암방사선치료)(종합병원)(연간1회한)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(중환자실치료)(종합병원)(연간1회한)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(호스피스완화의료치료)(종합병원)(연간1회한)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
- ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("암 특정치료"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "암 특정치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우
5. 제1호 내지 제4호에도 불구하고, "암"으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "암 특정치료"로 봅니다.

② 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

⑥ 제1항 제4호의 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없

는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "암 특정치료"를 받은 시점 기준 종합병원에서 "암 특정치료"를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간		지급한도
	90일 이하	90일 초과	
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정치료비(수술)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정치료비(항암방사선치료)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정치료비(중환자실치료)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"암"으로 제5조("암 특정치료"의 정의 및 장소) 제1항 제5호의 호스피스완화의료치료를 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정치료비(호스피스완화의료치료)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "암 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조("암 특정치료"의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "암 특정치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암" 및 "암 특정치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 무효)

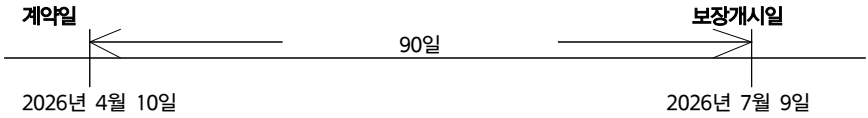
1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제10조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 4대유사암특정치료비(수술)(종합병원)(연간1회한)
- 4대유사암특정치료비(항암방사선치료)(종합병원)(연간1회한)
- 4대유사암특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)
- 4대유사암특정치료비(중환자실치료)(종합병원)(연간1회한)

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【붙임15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【붙임16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("4대유사암 특정치료"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "4대유사암 특정치료"라 함은 "4대유사암"을 제거하거나 "4대유사암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

2 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 제4호의 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "4대유사암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "4대유사암 특정치료"를 받은 시점 기준 종합병원에서 "4대유사암 특정치료"를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 4대유사암특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급한도
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	4대유사암특정치료비(수술)(종합병원)(연간 1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	4대유사암특정치료비(항암방사선치료)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	4대유사암특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	4대유사암특정치료비(중환자실치료)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "4대유사암 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조("4대유사암 특정치료"의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "4대유사암 특정치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "4대유사암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "4대유사암" 및 "4대유사암 특정치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "4대유사암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

암(4대유사암제외)특정치료비(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(각연간1회한)) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 암(4대유사암제외)특정치료비(수술)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(항암방사선치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(항암약물치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(중환자실치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)
- 암(4대유사암제외)특정치료비(호스피스완화의료치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의

진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등)"라 함은 "상급종합병원", "국립암센터" 및 "원자력병원"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "국립암센터"라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)(【부록】 참조)에 따라 설립된 국립암센터를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "원자력병원"이라 함은 「방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법」 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의 3(분원 또는 부설기관)(【부록】 참조)에 따라 설립된 한국원자력의학원 및 동남권원자력의학원 산하의 원자력병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("암 특정치료"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "암 특정치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우
5. 제1호 내지 제4호에도 불구하고, "암"으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "암 특정치료"로 봅니다.

2 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 제4호의 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "암 특정치료"를 받은 시점 기준 암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등)에서 "암 특정치료"를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간		지급한도
	90일 이하	90일 초과	
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정치료비(수술)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정치료비(항암방사선치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정치료비(항암약물치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정치료비(중환자실치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"암"으로 제5조("암 특정치료"의 정의 및 장소) 제1항 제5호의 호스피스완화의료치료를 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정치료비(호스피스완화의료치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "암 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만,

제5조(“암 특정치료”의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)
다음 각 호의 사항은 “암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암” 및 “암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

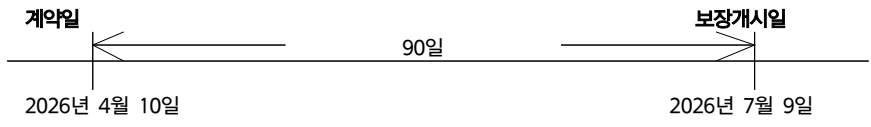
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 무효)
1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제10조(회사의 보장개시)
제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

4대유사암특정치료비(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(각연간1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 4대유사암특정치료비(수술)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)
- 4대유사암특정치료비(항암방사선치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)
- 4대유사암특정치료비(항암약물치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)
- 4대유사암특정치료비(중환자실치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【붙임15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【붙임16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등)"라 함은 "상급종합병원", "국립암센터" 및 "원자력병원"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "국립암센터"라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)(【부록】 참조)에 따라 설립된 국립암센터를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "원자력병원"이라 함은 「방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법」 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의 3(분원 또는 부설기관)(【부록】 참조)에 따라 설립된 한국원자력의학원 및 동남권원자력의학원 산하의 원자력병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“4대유사암 특정치료”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “4대유사암 특정치료”라 함은 “4대유사암”을 제거하거나 “4대유사암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

2 제1항 제1호의 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 제4호의 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를

목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "4대유사암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "4대유사암 특정치료"를 받은 시점 기준 암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등)에서 "4대유사암 특정치료"를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 4대유사암특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급한도
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	4대유사암특정치료비(수술)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	4대유사암특정치료비(항암방사선치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	4대유사암특정치료비(항암약물치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	4대유사암특정치료비(중환자실치료)(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "4대유사암 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조("4대유사암 특정치료"의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "4대유사암 특정치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "4대유사암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "4대유사암" 및 "4대유사암 특정치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "4대유사암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

암(4대유사암제외)특정치료생활비(종합병원)(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(“중환자실”의 정의)

이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“암 특정치료”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “암 특정치료”라 함은 “암”을 제거하거나 “암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

2 제1항 제1호의 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 제4호의 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(“연간 암 특정치료 횟수”의 정의)

1 이 특별약관에서 “연간 암 특정치료 횟수”라 함은 “암”의 특정치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

특정치료항목	산정기준
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	치료 1회당
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	치료 1회당
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	치료 1회당

2 제1항에도 불구하고 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 “연간 암 특정치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

3 제1항에도 불구하고 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 “연간 암 특정치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우 “연간 암 특정치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

5 제1항의 “연간 암 특정치료 횟수”는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정합니다.

[“연간 암 특정치료 횟수” 산정 예시]

연간 “암”의 직접적인 치료를 목적으로

① 수술 1회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 1회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 암 특정치료 횟수 : 4회(1회+1회+1회+1회)

② 수술 2회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술 2회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 암 특정치료 횟수 : 4회(2회+1회+1회+0회)

③ 수술 3회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 0회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 3회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 0회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 암 특정치료 횟수 : 5회(3회+1회+0회+1회)

④ 수술 0회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 2회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 0회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 암 특정치료 횟수 : 3회(0회+1회+1회+1회)

⑤ 수술 0회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 3회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술 0회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 암 특정치료 횟수 : 2회(0회+1회+1회+0회)

제8조(보험금의 지급사유)

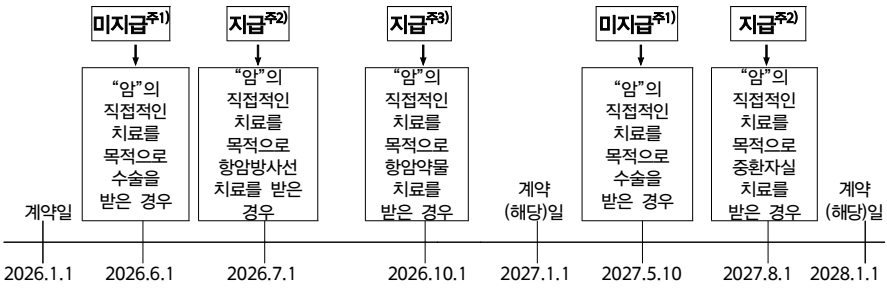
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “암 특정치료”를 받아 “연간 암 특정치료 횟수”가 2회인 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암특정치료생활비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “암 특정치료”를 받아 “연간 암 특정치료 횟수”가 3회인 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액의 50%를 암특정치료생활비로 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

연간 암 특정치료 횟수	계약일로부터 경과기간		지급한도
	90일 이하	90일 초과	
2회	-	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
3회	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회한

3 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "암 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조("암 특정치료"의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

[보험금 지급 예시]
- 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일



주1) 미지급 : 연간 암 특정치료 횟수 1회
주2) 이 특별약관의 보험가입금액 지급 : 연간 암 특정치료 횟수 2회
주3) 이 특별약관 보험가입금액의 50% 추가 지급 : 연간 암 특정치료 횟수 3회

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)
다음 각 호의 사항은 "암 특정치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암" 및 "암 특정치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제10조(특별약관의 무효)
1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제11조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

4대유사암특정치료생활비(종합병원)(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【붙임15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【붙임16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진

자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("4대유사암 특정치료"의 정의 및 장소)
1. 이 특별약관에서 "4대유사암 특정치료"라 함은 "4대유사암"을 제거하거나 "4대유사암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
   1. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
   2. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
   3. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
   4. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우
2. 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
3. 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4. 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
5. 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
   1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
   2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
   3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
   4. 미용 또는 성형 목적의 수술
   5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
   6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
   7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 제4호의 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조("연간 4대유사암 특정치료 횟수"의 정의)

1 이 특별약관에서 "연간 4대유사암 특정치료 횟수"라 함은 "4대유사암"의 특정치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

특정치료항목	산정기준
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	치료 1회당
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	치료 1회당
"4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	치료 1회당

2 제1항에도 불구하고 "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 "연간 4대유사암 특정치료 횟수" 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

3 제1항에도 불구하고 "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 "연간 4대유사암 특정치료 횟수" 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우 "연간 4대유사암 특정치료 횟수" 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

5 제1항의 "연간 4대유사암 특정치료 횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정합니다.

[“연간 4대유사암 특정치료 횟수” 산정 예시]

연간 “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로

① 수술 1회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 1회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 4대유사암 특정치료 횟수 : 4회(1회+1회+1회+1회)

② 수술 2회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술 2회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 4대유사암 특정치료 횟수 : 4회(2회+1회+1회+0회)

③ 수술 3회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 0회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 3회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 0회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 4대유사암 특정치료 횟수 : 5회(3회+1회+0회+1회)

④ 수술 0회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 2회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 0회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 4대유사암 특정치료 횟수 : 3회(0회+1회+1회+1회)

⑤ 수술 0회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 3회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술 0회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 4대유사암 특정치료 횟수 : 2회(0회+1회+1회+0회)

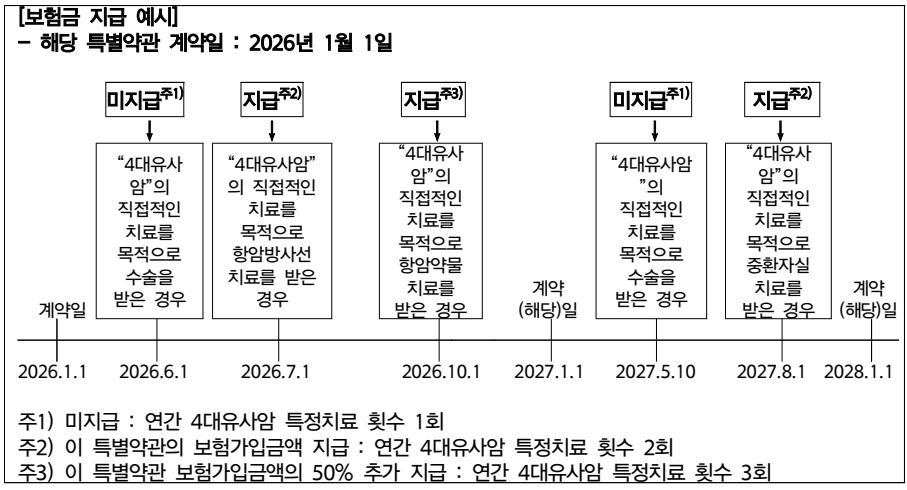
제8조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “4대유사암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “4대유사암 특정치료”를 받아 “연간 4대유사암 특정치료 횟수”가 2회인 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 4대유사암 특정치료생활비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “4대유사암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “4대유사암 특정치료”를 받아 “연간 4대유사암 특정치료 횟수”가 3회인 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액의 50%를 4대유사암특정치료생활비로 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

연간 4대유사암 특정치료 횟수	지급금액	지급한도
2회	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
3회	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회한

3 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “4대유사암 특정치료”를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조(“4대유사암 특정치료”의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.



제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)
다음 각 호의 사항은 "4대유사암 특정치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "4대유사암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "4대유사암" 및 "4대유사암 특정치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "4대유사암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제10조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

하이클래스Ⅱ암(특정유사암포함)특정치료비(연간1회한) 특별약관

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피

부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("하이클래스Ⅱ 암(특정유사암포함) 특정치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "하이클래스Ⅱ 암(특정유사암포함) 특정치료"라 함은 "암(특정유사암포함)"을 제거하거나 "암(특정유사암포함)"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "암(특정유사암포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 수술"을 받은 경우
2. "암(특정유사암포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(특정유사암포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료"를 받은 경우

2 제1항에서 전액본인부담급여라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

3 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

4 제1항 제1호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암(특정유사암포함)을 제거하거나 암(특정유사암포함)의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

5 제1항 제2호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료"는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

6 제1항 제3호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

[진료비 세부내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "하이클래스Ⅱ 암(특정유사암포함) 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액		지급한도
계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “하이클래스Ⅱ 암(특정유사암포함) 특정치료”를 받은 날로 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “하이클래스Ⅱ 암(특정유사암포함) 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암(특정유사암포함)”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암(특정유사암포함)” 및 “하이클래스Ⅱ 암(특정유사암포함) 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “하이클래스Ⅱ 암(특정유사암포함) 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제7조(특별약관의 무효)

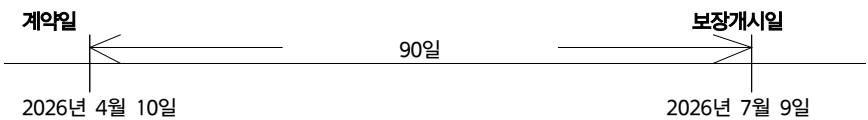
1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)” 으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

암검사및치료비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 10개 세부보장으로 구성되어 있습니다
- 암(4대유사암포함)CT촬영검사지원비(연간1회한,급여)
- 암(특정유사암포함)재활치료비(1일1회,연간20회한,급여)
- 암(4대유사암포함)특정생검조직병리검사지원비(연간1회한,급여)
- 암(4대유사암포함)특정단일유전자검사지원비(연간1회한,급여)
- 암(4대유사암포함)초음파검사지원비(연간1회한,급여)
- 암(4대유사암포함)MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여)
- 암(4대유사암포함)내시경검사지원비(연간1회한,급여)
- 암(4대유사암포함)검사(PET)지원비(연간1회한,급여)
- 암(4대유사암제외)특정통증완화치료비(연간1회한,급여)
- 특정NGS유전자패널검사지원비(연간1회한,급여)

제1조("암(4대유사암포함)"등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

4 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【붙임15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【붙임16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

8 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑨ “암(4대유사암포함)”, “암(특정유사암포함)” 및 “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암(4대유사암포함)”, “암(특정유사암포함)” 및 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“입원” 및 “통원”의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(“급여 암(4대유사암포함) 검사”의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 “급여 암(4대유사암포함) 검사”라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 급여 CT촬영검사
2. 급여 특정생검조직병리검사
3. 급여 특정단일유전자검사
4. 급여 초음파검사
5. 급여 MRI촬영검사
6. 급여 내시경검사
7. 급여 양전자방출단층촬영(PET)검사

② 이 특별약관에서 “급여 CT촬영검사”, “급여 MRI촬영검사” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 각각 “급여 CT촬영검사 인정기준”, “급여 MRI촬영검사 인정기준” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

구분	진료행위	분류번호
급여 MRI촬영검사	자기공명영상진단	다-246
급여 CT촬영검사	전산화단층영상진단	다-245
급여 양전자방출단층촬영(PET)검사	양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)	다-339

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)검사]
양전자를 방출하는 방사성의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법을 진단에 이용하는 검사

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "급여 특정단일유전자검사"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 특정단일유전자검사"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 특정단일유전자검사 분류표(【붙임17】 참조)에서 정한 진료행위(이하 "급여 특정단일유전자검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "급여 특정생검조직병리검사"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 특정생검조직병리검사"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 특정생검조직병리검사 분류표(【붙임18】 참조)에서 정한 진료행위(이하 "급여 특정생검조직병리검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

5 이 특별약관에서 "급여 초음파검사"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 초음파검사"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제2장 검사료의 제5절 초음파 검사료에서 정한 진료행위(이하 "급여 초음파검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

6 이 특별약관에서 "급여 내시경검사"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 내시경검사"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침) 제2장(검사료) 제4절(내시경, 천자 및 생검료) 중 내시경에 해당하는 진료행위(이하 "급여 내시경검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

7 제2항 내지 제6항의 "급여 CT촬영검사", "급여 특정생검조직병리검사", "급여 특정단일유전자검사", "급여 초음파검사", "급여 MRI촬영검사", "급여 내시경검사" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

8 제2항 내지 제7항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 CT촬영검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준", "급여 특정단일유전자검사 인정기준", "급여 특정생검조직병리검사 인정기준", "급여 초음파검사 인정기준" 및 "급여 내시경검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 CT촬영검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준", "급여 특정단일유전자검사 인정기준", "급여 특정생검조직병리검사 인정기준", "급여 초음파검사 인정기준" 및 "급여 내시경검사 인정기준"을 따릅니다.

9 제2항 내지 제8항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항 내지 제7항에서 정한 진료행위 외에 "급여 CT촬영검사 인정기준", "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준", "급여 특정단일유전자검사 인정기준", "급여 특정생검조직병리검사 인정기준", "급여 초음파검사 인정기준" 및 "급여 내시경검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제4조("급여 암 특정통증완화치료"의 정의)

이 특별약관에서 “급여 암 특정통증완화치료”라 함은 “암”의 통증 완화를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. “급여 신경차단술”을 받은 경우
   가. “급여 신경차단술”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 급여 신경차단술 분류표(【붙임19】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “급여 신경차단술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
   나. 가.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 신경차단술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 신경차단술 인정기준”을 따릅니다.
   다. 가. 및 나.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 신경차단술” 외에 “급여 신경차단술 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.
2. “급여 신경파괴술”을 받은 경우
   가. “급여 신경파괴술”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 급여 신경파괴술 분류표(【붙임20】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “급여 신경파괴술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
   나. 가.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 신경파괴술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 신경파괴술 인정기준”을 따릅니다.
   다. 가. 및 나.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 신경파괴술” 외에 “급여 신경파괴술 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.
3. “급여 마약성 진통제”를 처방받은 투약일수가 “연간” 30일 이상인 경우
   가. “급여 마약성 진통제”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 아래의 약효분류에 해당하는 약제(이하 “급여 마약성 진통제 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

[급여 마약성 진통제]
- 약효분류 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제
- 상기 약효분류는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원 고시)」 Ⅶ.호스피스 제3부(호스피스 급여 별도산정)에서 정한 마약성 진통제 분류 기준을 따릅니다.

   나. 투약일수는 주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 “급여 마약성 진통제”를 투약한 경우에도 1일로 적용합니다
   다. “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 투약일수 합산시 기준일자는 “급여 마약성 진통제”를 처방받은 날로 합니다.
   라. 가. 및 나.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 마약성 진통제 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 마약성 진통제 인정기준”을 따릅니다.
   마. 가. 내지 라.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 마약성 진통제”에 해당하는 약제 외에 “급여 마약성 진통제 인정기준”에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.

제5조(“급여 암(특정유사암포함) 재활치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “암(특정유사암포함)” 자체 및 해당질병의 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 7장 이학요법료에서 정한 진료행위(이하 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료 인정기준”을 따릅니다.

3 제1항 및 제2에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료” 외에 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제6조(“급여 특정NGS유전자패널검사”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “급여 특정NGS유전자패널검사”는 급여 특정NGS유전자패널검사 분류표(【붙임21】 참조)에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 특정NGS유전자패널검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항의 “급여 특정NGS유전자패널검사”는 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 특정NGS유전자패널검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 특정NGS유전자패널검사 인정기준”을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 “급여 특정NGS유전자패널검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

5 제1항의 “급여 특정NGS유전자패널검사”는 보건복지부에서 고시하는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 [별표3](실시조건)(【부록】 참조)에 근거한 “차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관”으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

[차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사]
기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “암(4대유사암포함)”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 암(4대유사암포함) 검사”를 받은 경우에는 각 세부보장별로 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암포함)검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급한도
“급여 CT촬영검사”를 받은 경우	암(4대유사암포함)CT촬영검사지원비(연간1회한,급여)의 보험가입금액	연간 1회한
“급여 특정생검조직병리검사”를 받은 경우	암(4대유사암포함)특정생검조직병리검사지원비(연간1회한,급여)의 보험가입금액	연간 1회한
“급여 특정단일유전자검사”를 받은 경우	암(4대유사암포함)특정단일유전자검사지원비(연간1회한,급여)의 보험가입금액	연간 1회한
“급여 초음파검사”를 받은 경우	암(4대유사암포함)초음파검사지원비(연간1회한,급여)의 보험가입금액	연간 1회한
“급여 MRI촬영검사”를 받은 경우	암(4대유사암포함)MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여)의 보험가입금액	연간 1회한
“급여 내시경검사”를 받은 경우	암(4대유사암포함)내시경검사지원비(연간1회한,급여)의 보험가입금액	연간 1회한
“급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”를 받은 경우	암(4대유사암포함)검사(PET)지원비(연간1회한,급여)의 보험가입금액	연간 1회한

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후

에 “암”으로 진단확정되고, “급여 암 특정통증완화치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암특정통증완화치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		지급 한도
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
“급여 암 특정통증완화치료”를 받은 경우	-	암(4대유사암제외)특정통증완화치료비(연간1회한,급여)의 보험가입금액	연간 1회한

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고, 그 질병으로 입원 중에 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료”를 받은 경우(이하 “입원 급여 암(특정유사암포함) 재활치료”라 합니다) 또는 통원하여 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료”를 받은 경우(이하 “외래 급여 암(특정유사암포함) 재활치료”라 합니다) 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 암(특정유사암포함)재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		지급 한도
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
“급여 암(특정유사암포함) 재활치료”를 받은 경우	-	암(특정유사암포함)재활치료비(1일1회,연간20회한,급여)의 보험가입금액	1일1회, 연간 20회한

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 특정NGS유전자패널검사”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정NGS유전자패널검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급 한도
“급여 특정NGS유전자패널검사”를 받은 경우	특정NGS유전자패널검사지원비(연간1회한,급여)의 보험가입금액	연간 1회한

5 제1항의 암(4대유사암포함)검사비는 “급여 CT촬영검사”, “급여 특정생검조직병리검사”, “급여 특정단일유전자검사”, “급여 초음파검사”, “급여 MRI촬영검사”, “급여 내시경검사” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

6 제2항의 암특정통증완화치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

7 제3항의 암(특정유사암포함)재활치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “입원 급여 암(특정유사암포함)재활치료” 또는 “외래 급여 암(특정유사암포함)재활치료”별 각각 1일 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

8 제3항의 암(특정유사암포함)재활치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “입원 급여 암(특정유사암포함) 재활치료” 또는 “외래 급여 암(특정유사암포함) 재활치료”를 합산하여 연간 20회를 초과하여 지급하지 않습니다.

9 제4항의 특정NGS유전자패널검사지원비는 “급여 특정NGS유전자패널검사”의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

10 제1항 내지 6항 및 제8항 내지 제9항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 아래의 일자로 합니다.

1. “급여 암(4대유사암포함) 검사”의 경우 : “암(4대유사암포함)”의 “급여 CT촬영검사”, “급여 MRI촬영검사”, “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”, “급여 특정단일유전자검사”, “급여 특정생검조직병리검사”, “급여 초음파검사” 또는 “급여 내시경검사” 를 받은 날
2. “급여 암 특정통증완화치료”를 받은 경우 : “급여 암 특정통증완화치료”를 받은 날
3. “급여 암(특정유사암포함) 재활치료”를 받은 경우 : “급여 암(특정유사암포함) 재활치료”를 받은 날

4. “급여 특정NGS유전자패널검사”를 받은 경우 : “급여 특정NGS유전자패널검사”를 받은 날

제8조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

구분	제출서류
“급여 암(4대유사암포함) 검사”를 받은 경우 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료”를 받은 경우 “급여 특정NGS유전자패널 검사”를 받은 경우	1. 청구서(회사 양식) 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 진료기록부 등 (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체 서류를 제출해야 합니다.) 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함) 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
“급여 암 특정통증완화치료” 를 받은 경우	1. 청구서(회사 양식) 2. 사고증명서 가. “급여 신경차단술” 또는 “급여 신경파괴술”을 받은 경우 : 진단서, 진료비 세부내역서, 진료기록부 등 나. “급여 마약성 진통제”를 처방받은 투약일수가 “연간” 30일 이상인 경우 : 진단서, 진료기록부, 요양급여비용 명세서(질병명 및 총 투약일수 필수기재) 등 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함) 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

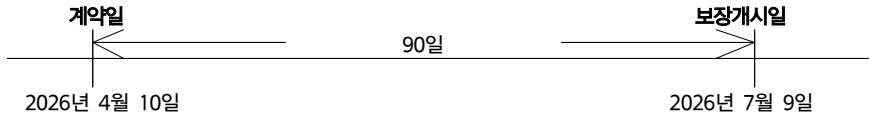
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암” 또는 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관의 세부보장 중 아래의 세부보장은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다.

1. 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정된 경우 : 암(4대유사암제외)특정통증완화치료비(연간1회한,급여) 세부보장
2. 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정된 경우 : 암(특정유사암포함)재활치료비(1일1회,연간20회한,급여) 세부보장

제10조(회사의 보장개시)

1 제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암(특정유사암포함)” 및 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[“암(특정유사암포함)” 및 “암”의 보장개시일 예시]



2 “암(4대유사암포함)” 및 “급여 특정NGS유전자패널검사”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. “암(특정유사암포함)” 및 “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. “암(4대유사암포함)” 및 “급여 특정NGS유전자패널검사” 의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제12조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

암진단및치료비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
암진단및치료비
- 암진단및치료비(암(4대유사암제외)진단비)
- 암진단및치료비(비급여(전액본인부담급여포함)암(4대유사암제외)항암복합치료비(연간1회한))
- 암진단및치료비(비급여(전액본인부담급여포함)특정유사암항암복합치료비(연간1회한))

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

2 이 특별약관에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "특정유사암" 및 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암" 및 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

7 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "특정유사암" 또는 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제6항에 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

제2조("비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료" 및 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료"라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우

2 이 특별약관에서 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료"라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우
2. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "전액본인부담급여"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

5 제1항 제1호 및 제2항 제1호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료"는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 방사선치료료가 제3항 및 제4항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

6 제1항 제2호 및 제2항 제2호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료"는 표적항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담급여

또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

[진료비 세부내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제3조("항암양성자방사선치료"의 정의)
이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제4조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 "표적항암제"의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "표적항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관) (【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "표적항암제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안정성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제4항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조("연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료 횟수" 및 "연간 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료 횟수"의 정의)

1 이 특별약관에서 "연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료 횟수"라 함은 "암"의 항암복합치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

항암복합치료항목	산정기준
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우	치료 1회당
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우	치료 1회당

2 제1항에도 불구하고 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우 "연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료 횟수" 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

3 제1항에도 불구하고 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우 "연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료 횟수" 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

4 제1항의 "연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료 횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정합니다.

5 이 특별약관에서 "연간 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료 횟수"라 함은 "특정유사암"의 항암복합치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

항암복합치료항목	산정기준
"특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우	치료 1회당
"특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우	치료 1회당

6 제5항에도 불구하고 "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우 "연간 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료 횟수" 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

7 제5항에도 불구하고 "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우 "연간 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료 횟수" 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

8 제5항의 "연간 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료 횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단및치료비(암(4대유사암제외)진단비)로 보험수익자에게 지급합니다.

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】 및 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액	
	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
"암"으로 진단확정된 경우	-	암진단및치료비(암(4대유사암제외)진단비)의 보험가입금액

【1종(납입면제 강화형, 기본형)】 및 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】이외의 경우

구분	지급금액		
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
“암”으로 진단확정된 경우	-	암진단및치료비(암(4대유사암제외)진단비) 보험가입금액의 50%	암진단및치료비(암(4대유사암제외)진단비)의 보험가입금액

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료”를 받아 “연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료 횟수”가 1회 또는 2회인 경우 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 비급여(전액본인부담급여포함)암(4대유사암제외)항암복합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암진단및치료비(비급여(전액본인부담급여포함)암(4대유사암제외)항암복합치료비(연간1회한))의 보험가입금액 4,000만원

구분	지급금액		지급한도
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료 횟수가 1회인 경우	-	1,000만원	연간 1회한
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료 횟수가 2회인 경우	-	3,000만원	연간 1회한

2. 암진단및치료비(비급여(전액본인부담급여포함)암(4대유사암제외)항암복합치료비(연간1회한))의 보험가입금액 5,000만원

구분	지급금액		지급한도
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료 횟수가 1회인 경우	-	2,000만원	연간 1회한
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료 횟수가 2회인 경우	-	3,000만원	연간 1회한

3 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료”를 받은 날로 합니다.

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료”를 받아 “연간 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료 횟수”가 1회 또는 2회인 경우 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 비급여(전액본인부담급여포함)특정유사암항암복합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암진단및치료비(비급여(전액본인부담급여포함)특정유사암항암복합치료비(연간1회한))의 보험가입금액 4,000만원

구분	지급금액	지급한도
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료 횟수가 1회인 경우	1,000만원	연간 1회한
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료 횟수가 2회인 경우	3,000만원	연간 1회한

2. 암진단및치료비(비급여(전액본인부담급여포함)특정유사암항암복합치료비(연간1회한))의 보험가입금액 5,000만원

구분	지급금액	지급한도
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료 횟수가 1회인 경우	2,000만원	연간 1회한
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료 횟수가 2회인 경우	3,000만원	연간 1회한

5 제4항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료”를 받은 날로 합니다.

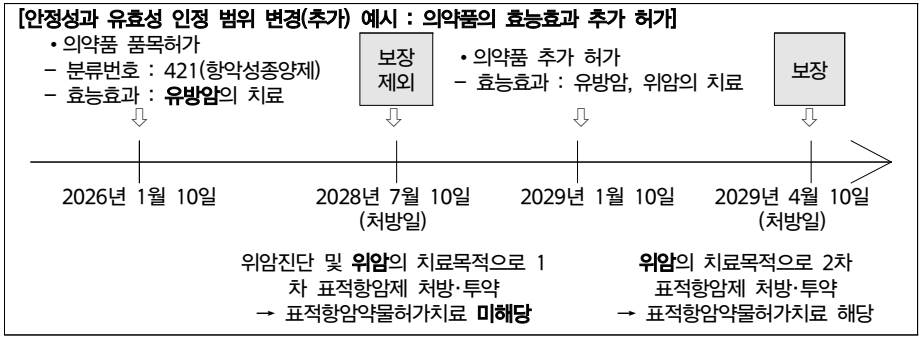
제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

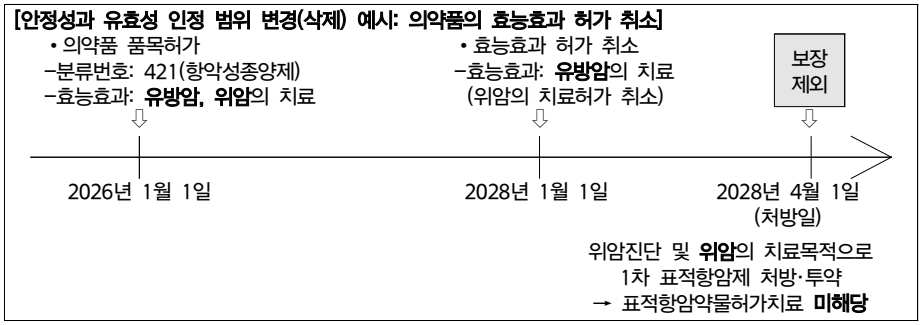
1 이 특별약관에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”의 경우 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

[표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



2 이 특별약관에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우라 함은 “비급여” 또는 “전액본인부담급여”에 해당하는 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료" 및 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암" 및 "특정유사암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암", "특정유사암", "비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료" 및 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 항암복합치료" 및 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 항암복합치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 세부보장별로 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”의 경우: 항암방사선치료기록지
2. “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암 호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

3 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(특별약관의 무효)

1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관의 세부보장 중 아래의 세부보장은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다.

1. 암진단및치료비(암(4대유사암제외)진단비)
2. 암진단및치료비(비급여(전액본인부담급여포함)암(4대유사암제외)항암복합치료비(연간1회한))

제11조(특별약관의 소멸)

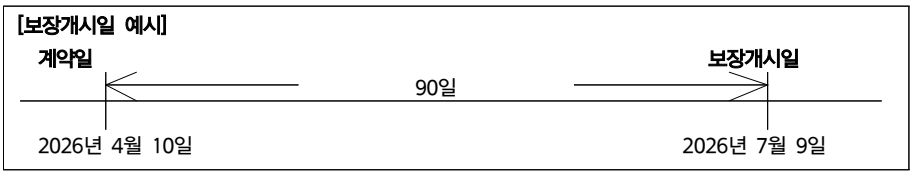
1 회사가 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단및치료비(암(4대유사암제외)진단비)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(회사의 보장개시)

1 제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



2 “특정유사암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "특정유사암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제14조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

암(4대유사암제외)복합치료생활비(상급종합병원)(연간1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(“입원”의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“암 복합치료”의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 “암 복합치료”라 함은 “암”을 제거하거나 “암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

2 제1항 제1호의 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 제4호의 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)
1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를

목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "암 복합치료"를 받은 시점 기준 상급종합병원에서 "암 복합치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액		지급한도
계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "암 복합치료"를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조("암 복합치료"의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "암 복합치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암" 및 "암 복합치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암 복합치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

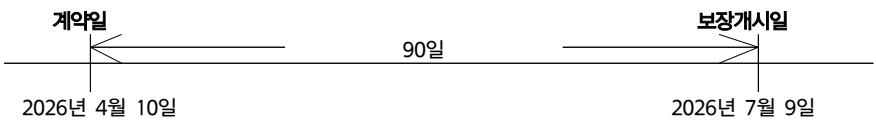
제9조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제10조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약

의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

4대유사암복합치료생활비(상급종합병원)(연간1회한) 특별약관

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【붙임15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【붙임16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
6 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다

고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("4대유사암 복합치료"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "4대유사암 복합치료"라 함은 "4대유사암"을 제거하거나 "4대유사암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. "4대유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

② 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

⑥ 제1항 제4호의 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “4대유사암 복합치료”를 받은시점 기준 상급종합병원에서 “4대유사암 복합치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “4대유사암 복합치료”를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조(“4대유사암 복합치료”의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “4대유사암 복합치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “4대유사암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “4대유사암” 및 “4대유사암 복합치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “4대유사암 복합치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

암(4대유사암제외)복합치료생활비(상급종합병원)(연간특정치료2회,3회및4회이상) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("암 복합치료"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "암 복합치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

2 제1항 제1호의 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 제4호의 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조("연간 암 복합치료 횟수"의 정의)

1 이 특별약관에서 "연간 암 복합치료 횟수"라 함은 "암"의 복합치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

복합치료항목	산정기준
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	치료 1회당
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	치료 1회당
"암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	치료 1회당

2 제1항에도 불구하고 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 "연간 암 복합치료 횟수" 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

3 제1항에도 불구하고 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 "연간 암 복합치료 횟수" 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우 "연간 암 복합치료 횟수" 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

5 제1항의 "연간 암 복합치료 횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정합니다.

["연간 암 복합치료 횟수" 산정 예시]

연간 "암"의 직접적인 치료를 목적으로

① 수술 1회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 1회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 암 복합치료 횟수 : 4회(1회+1회+1회+1회)

② 수술 2회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술 2회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 암 복합치료 횟수 : 4회(2회+1회+1회+0회)

③ 수술 3회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 0회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 3회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 0회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 암 복합치료 횟수 : 5회(3회+1회+0회+1회)

④ 수술 0회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 2회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 0회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 암 복합치료 횟수 : 3회(0회+1회+1회+1회)

⑤ 수술 0회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 3회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술 0회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 암 복합치료 횟수 : 2회(0회+1회+1회+0회)

제8조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "암 복합치료"를 받은 시점 기준 상급종합병원에서 "암 복합치료"를 받아 "연간 암 복합치료 횟수"가 2회인 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암복합치료생활비로 보험수익자에게 지급합니다.

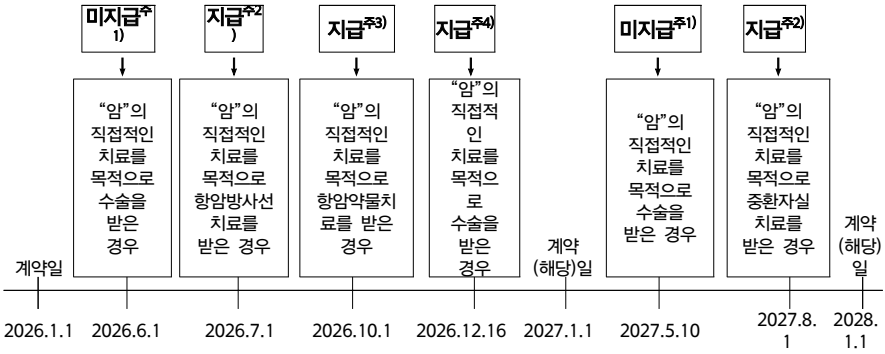
2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "암 복합치료"를 받은 시점 기준 상급종합병원에서 "암 복합치료"를 받아 "연간 암 복합치료 횟수"가 3회인 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액의 50%를 암복합치료생활비로 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "암 복합치료"를 받은 시점 기준 상급종합병원에서 "암 복합치료"를 받아 "연간 암 복합치료 횟수"가 4회인 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액의 50%를 암복합치료생활비로 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

연간 암 복합치료 횟수	계약일로부터 경과기간		지급한도
	90일 이하	90일 초과	
2회	-	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
3회	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회한
4회	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회한

4 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "암 복합치료"를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조("암 복합치료"의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

[보험금 지급 예시]
- 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일



주1) 미지급 : 연간 암 복합치료 횟수 1회
주2) 이 특별약관의 보험가입금액 지급 : 연간 암 복합치료 횟수 2회
주3) 이 특별약관 보험가입금액의 50% 추가 지급 : 연간 암 복합치료 횟수 3회
주4) 이 특별약관 보험가입금액의 50% 추가 지급 : 연간 암 복합치료 횟수 4회

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)
다음 각 호의 사항은 "암 복합치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암" 및 "암 복합치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암 복합치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제10조(특별약관의 무효)
1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제11조(회사의 보장개시)
제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

4대유사암복합치료생활비(상급종합병원)(연간특정치료2회,3회및4회이상) 특별약관

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【붙임15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【붙임16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(“중환자실”의 정의)
이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(“입원”의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“4대유사암 복합치료”의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 “4대유사암 복합치료”라 함은 “4대유사암”을 제거하거나 “4대유사암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
4. “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

② 제1항 제1호의 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 제4호의 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(“연간 4대유사암 복합치료 횟수”의 정의)

1 이 특별약관에서 “연간 4대유사암 복합치료 횟수”라 함은 “4대유사암”의 복합치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

복합치료항목	산정기준
“4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당
“4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	치료 1회당
“4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	치료 1회당
“4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	치료 1회당

2 제1항에도 불구하고 “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 “연간 4대유사암 복합치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

3 제1항에도 불구하고 “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 “연간 4대유사암 복합치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우 “연간 4대유사암 복합치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

5 제1항의 “연간 4대유사암 복합치료 횟수”는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정합니다.

[“연간 4대유사암 복합치료 횟수” 산정 예시]

연간 “4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로

① 수술 1회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 1회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 4대유사암 복합치료 횟수 : 4회(1회+1회+1회+1회)

② 수술 2회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술 2회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 4대유사암 복합치료 횟수 : 4회(2회+1회+1회+0회)

③ 수술 3회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 0회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 3회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 0회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 4대유사암 복합치료 횟수 : 5회(3회+1회+0회+1회)

④ 수술 0회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 2회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술 0회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 4대유사암 복합치료 횟수 : 3회(0회+1회+1회+1회)

⑤ 수술 0회, 항암방사선치료 2회, 항암약물치료 3회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술 0회, 항암방사선치료 1회, 항암약물치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 4대유사암 복합치료 횟수 : 2회(0회+1회+1회+0회)

제8조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “4대유사암 복합치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원에서 “4대유사암 복합치료”를 받아 “연간 4대유사암 복합치료 횟수”가 2회인 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 4대유사암복합치료생활비로 보험수익자에게 지급합니다.

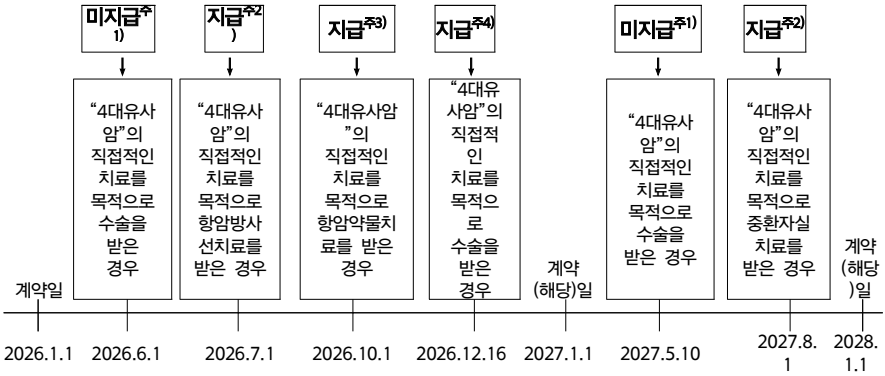
2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “4대유사암 복합치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원에서 “4대유사암 복합치료”를 받아 “연간 4대유사암 복합치료 횟수”가 3회인 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액의 50%를 4대유사암복합치료생활비로 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “4대유사암 복합치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원에서 “4대유사암 복합치료”를 받아 “연간 4대유사암 복합치료 횟수”가 4회인 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액의 50%를 4대유사암복합치료생활비로 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

연간 4대유사암 복합치료 횟수	지급금액	지급한도
2회	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
3회	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회한
4회	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회한

4 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “4대유사암 복합치료”를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조(“4대유사암 복합치료”의 정의 및 장소) 제1항 제4호의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

[보험금 지급 예시]
– 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일



주1) 미지급 : 연간 4대유사암 복합치료 횟수 1회
주2) 이 특별약관의 보험가입금액 지급 : 연간 4대유사암 복합치료 횟수 2회
주3) 이 특별약관 보험가입금액의 50% 추가 지급 : 연간 4대유사암 복합치료 횟수 3회
주4) 이 특별약관 보험가입금액의 50% 추가 지급 : 연간 4대유사암 복합치료 횟수 4회

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)
다음 각 호의 사항은 "4대유사암 복합치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "4대유사암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "4대유사암" 및 "4대유사암 복합치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "4대유사암 복합치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제10조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

비급여(전액본인부담급여포함)암(특정유사암포함)복합치료생활비(종합병원)(연간1회한) 특별약관

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암(특정유사암포함)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“종합병원”의 정의)
이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(“비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”의 정의)
1 이 특별약관에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”라 함은 “암(특정유사암포함)”을 제거하거나 “암(특정유사암포함)”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 수술”을 받은 경우
2. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료”를 받은 경우
3. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료”를 받은 경우

2 제1항에서 전액본인부담급여라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

3 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)

을 말합니다.

4 제1항 제1호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 수술”은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암(특정유사암포함)을 제거하거나 암(특정유사암포함)의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

5 제1항 제2호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료”는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

6 제1항 제3호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료”는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

[진료비 세부내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료

를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액		지급 한도
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”를 받은 날로 합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암(특정유사암포함)”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암(특정유사암포함)” 및 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

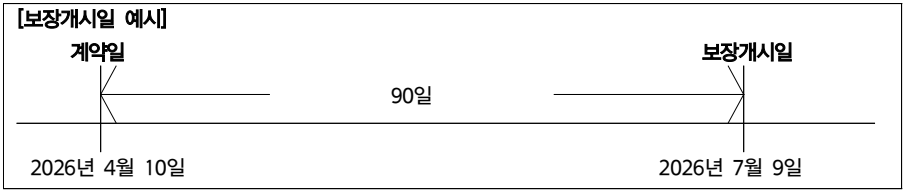
제8조(특별약관의 무효)

1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)” 으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

비급여(전액본인부담급여포함)암(특정유사암포함)복합치료생활비(종합병원)(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료"라 함은 "암(특정유사암포함)"을 제거하거나 "암(특정유사암포함)"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
   1. "암(특정유사암포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 수술"을 받은 경우
   2. "암(특정유사암포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
   3. "암(특정유사암포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료"를 받은 경우

2 제1항에서 전액본인부담급여라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

3 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

4 제1항 제1호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암(특정유사암포함)을 제거하거나 암(특정유사암포함)의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

5 제1항 제2호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료"는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

6 제1항 제3호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

[진료비 세부내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제4조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조("연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수"의 정의)

1 이 특별약관에서 "연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수"라 함은 "암(특정유사암포함)"의 복합치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

복합치료항목	산정기준
“암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담급여포함) 수술을 받은 경우	수술 1회당
“암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우	치료 1회당
“암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료를 받은 경우	치료 1회당

2 제1항에도 불구하고 “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 “연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

3 제1항에도 불구하고 “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 “연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

4 제1항의 “연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수”는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정합니다.

[“연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수” 산정 예시]

연간 “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로

① 비급여(전액본인부담급여포함) 수술 1회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료 1회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료 1회 시행한 경우
⇒ 비급여(전액본인부담급여포함) 수술 1회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료 1회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료 1회로 산정
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수 : 3회(1회+1회+1회)

② 비급여(전액본인부담급여포함) 수술 2회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료 1회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료 1회 시행한 경우
⇒ 비급여(전액본인부담급여포함) 수술 2회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료 1회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료 1회로 산정
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수 : 4회(2회+1회+1회)

③ 비급여(전액본인부담급여포함) 수술 3회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료 2회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료 0회 시행한 경우
⇒ 비급여(전액본인부담급여포함) 수술 3회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료 1회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료 0회로 산정
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수 : 4회(3회+1회+0회)

④ 비급여(전액본인부담급여포함) 수술 0회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료 2회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료 2회 시행한 경우
⇒ 비급여(전액본인부담급여포함) 수술 0회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암방사선치료 1회, 비급여(전액본인부담급여포함) 항암약물치료 1회로 산정
연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수 : 2회(0회+1회+1회)

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”를 받아 “연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수”가 2회인 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함)복합치료생활비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후

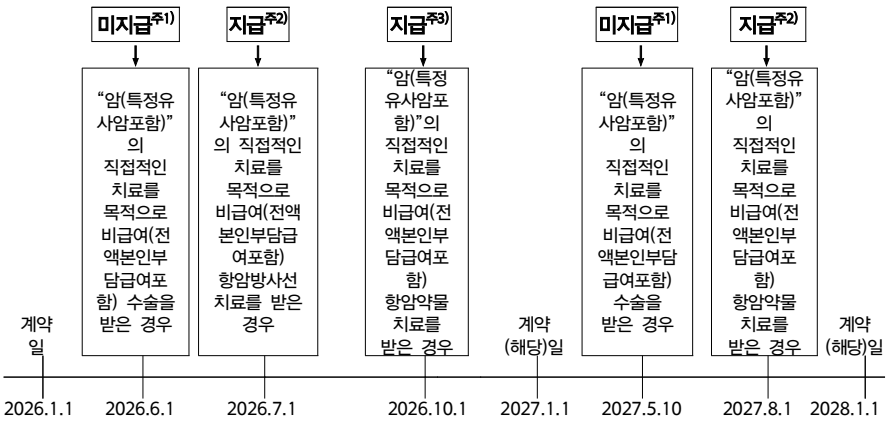
에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”를 받아 “연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수”가 3회인 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액의 50%를 비급여(전액본인부담급여포함)암(특정유사암포함)복합치료생활비로 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수	계약일로부터 경과기간		지급한도
	90일 이하	90일 초과	
2회	–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
3회	–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회한

3 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”를 받은 날로 합니다.

[보험금 지급 예시]

– 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일



주1) 미지급 : 연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수 1회

주2) 이 특별약관의 보험가입금액 지급 : 연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수 2회

주3) 이 특별약관 보험가입금액의 50% 추가 지급 : 연간 비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료 횟수 3회

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암(특정유사암포함)”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암(특정유사암포함)” 및 “비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

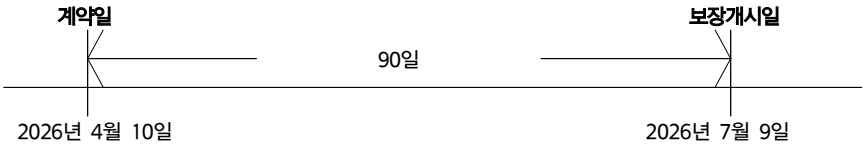
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "비급여(전액본인부담급여포함) 암(특정유사암포함) 복합치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 무효)
① 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
② 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정유사암포함)" 으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제10조(회사의 보장개시)
보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

비급여(전액본인부담급여포함)암특정주요치료비Ⅱ(각연간1회한) 특별약관

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
② 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
③ 이 특별약관에서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분

류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

4 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 “전립선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 “암(갑상선암및전립선암제외)”, “갑상선암”, “전립선암”, “특정유사암” 및 “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암(갑상선암및전립선암제외)”, “갑상선암”, “전립선암”, “특정유사암” 및 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료”라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암(갑상선암및전립선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우
2. “갑상선암” 또는 “전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우
3. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우
4. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우
5. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우
6. “특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우
7. “특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를

받은 경우
8. “특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우

2 이 특별약관에서 “전액본인부담급여”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

3 이 특별약관에서 “비급여”라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

4 제1항 제1호 및 제2호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”은 다빈치로봇수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암(갑상선암및전립선암제외), 갑상선암 또는 전립선암을 제거하거나 암(갑상선암및전립선암제외), 갑상선암 또는 전립선암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

5 제1항 제3호 및 제6호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

6 제1항 제4호 및 제7호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”는 표적항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

7 제1항 제5호 및 제8호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

[진료비 세부내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조("다빈치로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "암(갑상선암및전립선암제외)", "갑상선암" 또는 전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하며, 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함]	QZ966

[다빈치로봇수술]
다빈치로봇수술이란 "암(갑상선암및전립선암제외)", "갑상선암" 또는 전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제6조("항암양성자방사선치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제7조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제

는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 「의료법」 제3조(의료기관) (【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “표적항암제”를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[“안정성과 유효성 인정 범위” 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제8조(“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “특별면역항암제”란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 “421(항악성종양제)”(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 “항악성종양제”에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 세 가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “특정면역항암제”의 범위에서 제외됩니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]
면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]
항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]
카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR,Chimeric Antigen Receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "특정면역항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "특정면역항암제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안정성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제9조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제14조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "대상질병"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"를 받은 경우에는 제2조("비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"의 정의) 제1항의 각 호별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간		지급 한도
	90일 이하	90일 초과	
“암(갑상선암및전립선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우	–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우	–		연간 1회한
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우	–		연간 1회한
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우	–		연간 1회한
“갑상선암” 또는 “전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우	–	이 특별약관 보험가입금액의 20%	연간 1회한
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 20%		연간 1회한
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우			연간 1회한
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우			연간 1회한

2 제1항의 대상질병이라 함은 다음과 같습니다.

구분	대상질병
“암(갑상선암및전립선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우	“암(갑상선암및전립선암제외)”
“갑상선암” 또는 “전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우	“갑상선암” 또는 “전립선암”
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우	“암”
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우	“암”
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우	“암”
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우	“특정유사암”
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우	“특정유사암”
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우	“특정유사암”

3 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료”를 받은 날로 합니다.

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

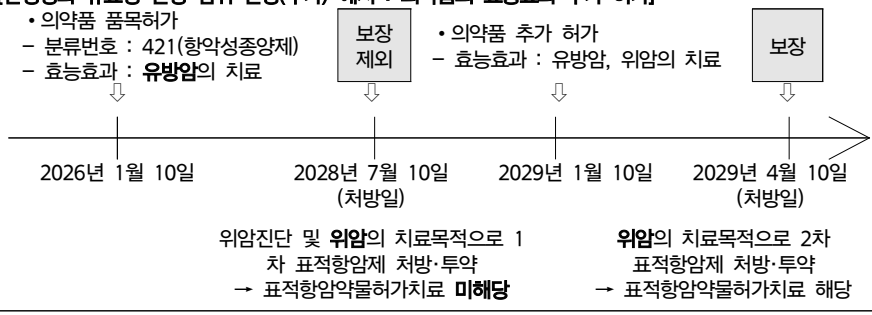
1 제9조(보험금의 지급사유)에서 "비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료"의 경우 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

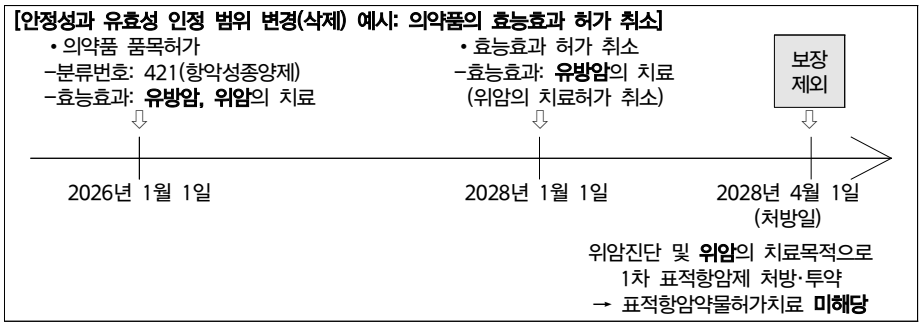
[표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



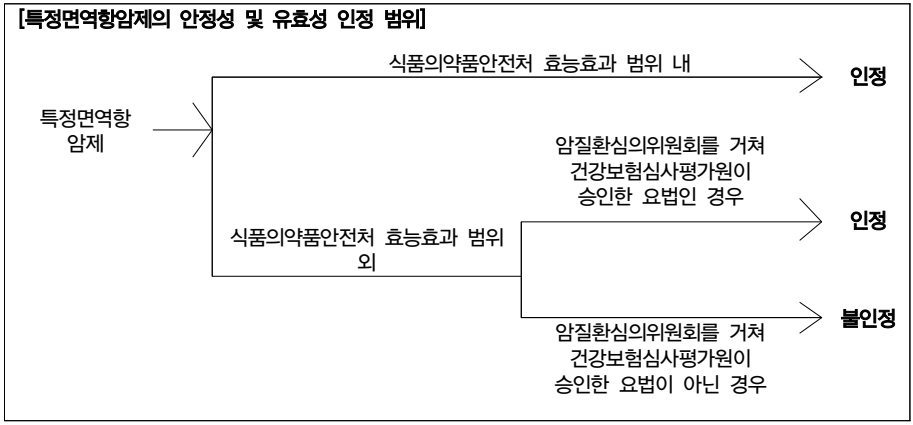
2 제9조(보험금의 지급사유)에서 "비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "비급여" 또는 "전액본인부담급여"에 해당하는 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제7조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[안정성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가]

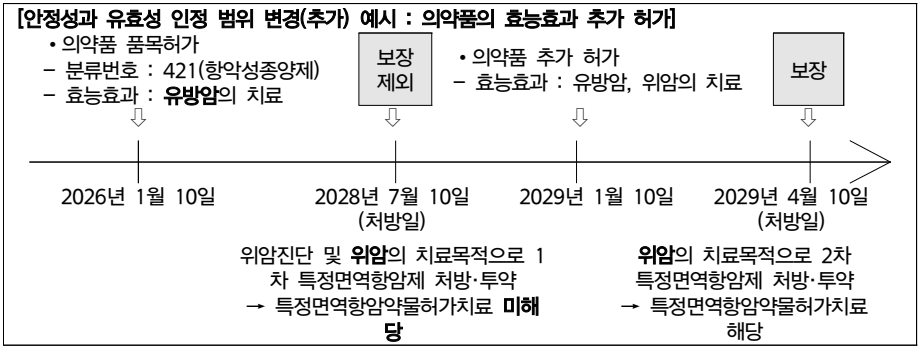


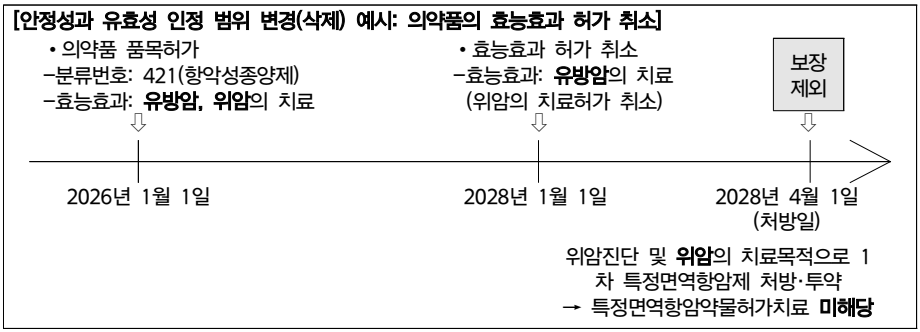


3 제9조(보험금의 지급사유)에서 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료"의 경우 "특정면역항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



4 제9조(보험금의 지급사유)에서 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "비급여" 또는 "전액본인부담급여"에 해당하는 특정면역항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제8조("특정면역항암제" 및 "특정면역항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암(갑상선암및전립선암제외)", "갑상선암", "전립선암", "특정유사암" 및 "암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암(갑상선암및전립선암제외)", "갑상선암", "전립선암", "특정유사암", "암" 및 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제12조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등) (단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI), 질병분류번호를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 세부보장별로 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”의 경우: 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서
2. “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”의 경우: 항암방사선치료기록지
3. “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”의 경우 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

3 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조(특별약관의 무효)

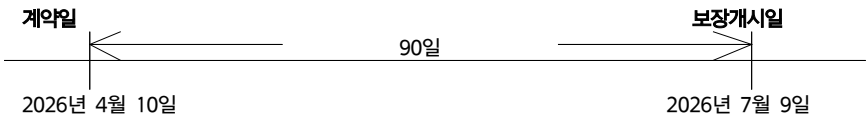
1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제14조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제14조(회사의 보장개시)

1 제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(“비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료”의 정의) 제1항의 제1호 내지 제5호의 경우 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



2 제2조(“비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료”의 정의) 제1항의 제6호 내지 제8호의 경우 보

장개시일은 계약일로 합니다.

제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"의 정의) 제1항의 제1호 내지 제5호 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 제2조("비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"의 정의) 제1항의 제6호 내지 제8호 : 부활(효력회복)일

제16조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

주요순환계질환Ⅰ복합치료생활비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관

제1조("주요순환계질환Ⅰ"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요순환계질환Ⅰ"이라 함은 주요순환계질환Ⅰ 분류표(【붙임10】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요순환계질환Ⅰ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "주요순환계질환Ⅰ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "주요순환계질환Ⅰ"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("상급종합병원" 및 "권역심뇌혈관질환센터"의 정의)

1 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」[별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("주요순환계질환Ⅰ 복합치료"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "주요순환계질환Ⅰ 복합치료"라 함은 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)", "주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술", "주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료" 및 "주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “주요순환계질환Ⅰ”으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 단, 혈전제거술은 제외합니다.

3 제2항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술”이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 또는 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하여 혈관으로부터 혈전을 제거하는 치료법을 말합니다. 단, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

7 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료”라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

8 제7항의 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

9 제7항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)은 “주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료”에서 제외됩니다.

10 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “주요순환계질환Ⅰ”의 치료를 목적으로 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정 되고 그 직접적인

치료를 목적으로 “주요순환계질환Ⅰ 복합치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 “주요순환계질환Ⅰ 복합치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액		지급한도
계약일로부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “주요순환계질환Ⅰ 복합치료”를 받은 날로 합니다. 다만, “주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

주요순환계질환Ⅰ복합치료생활비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간특정치료2회,3회및4회이상) 특별약관

제1조(“주요순환계질환Ⅰ”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “주요순환계질환Ⅰ”이라 함은 주요순환계질환Ⅰ 분류표(【붙임10】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 “주요순환계질환Ⅰ”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 “주요순환계질환Ⅰ”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
3 “주요순환계질환Ⅰ”의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“상급종합병원” 및 “권역심뇌혈관질환센터”의 정의)
1 이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.
2 이 특별약관에서 “권역심뇌혈관질환센터”라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제3조(“중환자실”의 정의)
이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」[별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(“입원”의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“주요순환계질환Ⅰ 복합치료”의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 “주요순환계질환Ⅰ 복합치료”라 함은 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”, “주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술”, “주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료” 및 “주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”를 말합니다.

2 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “주요순환계질환Ⅰ”으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 단, 혈전제거술은 제외합니다.

3 제2항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술”이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 또는 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하여 혈관으로부터 혈전을 제거하는 치료법을 말합니다. 단, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

7 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료”라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

8 제7항의 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

9 제7항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)은 “주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료”에서 제외됩니다.

10 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “주요순환계질환Ⅰ”의 치료를 목적으로 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(“연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수”의 정의)

1 이 특별약관에서 “연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수”라 함은 “주요순환계질환Ⅰ”의 복합치료항목

별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

복합치료항목	산정기준
“주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술제외)을 받은 경우	수술 1회당
“주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우	수술 1회당
“주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우	치료 1회당
“주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	치료 1회당

2 제1항에도 불구하고 “주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 “연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

3 제1항에도 불구하고 “주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우 “연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

4 제1항의 “연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수”는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정합니다.

[“연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수” 산정 예시]

연간 “주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로

① 수술(혈전제거술제외) 1회, 혈전제거술 1회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술(혈전제거술제외) 1회, 혈전제거술 1회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수 : 4회(1회+1회+1회+1회)

② 수술(혈전제거술제외) 2회, 혈전제거술 1회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술(혈전제거술제외) 2회, 혈전제거술 1회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수 : 4회(2회+1회+1회+0회)

③ 수술(혈전제거술제외) 3회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 0회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술(혈전제거술제외) 3회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 0회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수 : 6회(3회+2회+0회+1회)

④ 수술(혈전제거술제외) 0회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 2회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술(혈전제거술제외) 0회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수 : 4회(0회+2회+1회+1회)

⑤ 수술(혈전제거술제외) 0회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 3회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술(혈전제거술제외) 0회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수 : 3회(0회+2회+1회+0회)

제7조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “주요순환계질환Ⅰ 복합치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터에서 “연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수”가 2회인 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액(단, 이 특별약관의 계약일로부터 경과기간이 1년 미만인 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 50%)을 주요순환계질환Ⅰ복합치료생활비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “주요순환계질환Ⅰ 복합치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터에서 “연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수”가 3회인 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액의 50%(단, 이 특별약관의 계약일로부터 경과기간이 1년 미만인 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 25%)를 주요순환계질환Ⅰ복합치료생활비로 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

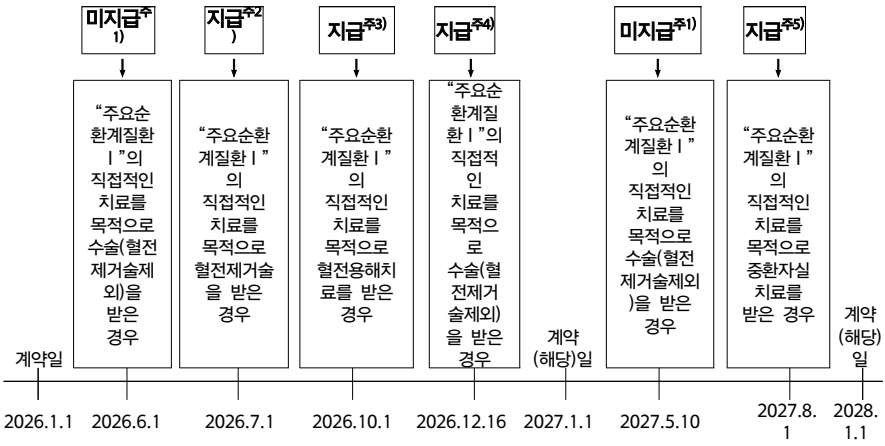
3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정되고 그 직접적인

치료를 목적으로 “주요순환계질환Ⅰ 복합치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터에서 “연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수”가 4회인 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액의 50%(단, 이 특별약관의 계약일로부터 경과기간이 1년 미만인 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 25%)를 주요순환계질환Ⅰ복합치료생활비로 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수	계약일로부터 경과기간		지급한도
	1년 미만	1년 이상	
2회	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
3회	이 특별약관 보험가입금액의 25%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회한
4회	이 특별약관 보험가입금액의 25%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회한

4 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “주요순환계질환Ⅰ 복합치료”를 받은 날로 합니다. 다만, 제5조(“주요순환계질환Ⅰ 복합치료”의 정의 및 장소) 제10항의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

[보험금 지급 예시]
– 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일



주1) 미지급 : 연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수 1회
주2) 이 특별약관 보험가입금액의 50% 지급(계약일로부터 경과기간 1년 미만) : 연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수 2회
주3) 이 특별약관 보험가입금액의 25% 추가 지급(계약일로부터 경과기간 1년 미만) : 연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수 3회
주4) 이 특별약관 보험가입금액의 25% 추가 지급(계약일로부터 경과기간 1년 미만) : 연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수 4회
주5) 이 특별약관 보험가입금액 지급 : 연간 주요순환계질환Ⅰ 복합치료 횟수 2회

제8조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

비급여(전액본인부담급여포함)암(4대유사암제외)특정치료비(각연간1회한) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

2 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정치료”라 함은 “암”을 제거하거나 “암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 수술”을 받은 경우
2. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 치료 중 “전액본인부담급여 항암방사선치료” 또는 “급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)”를 받은 경우
3. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료” 치료 중 “전액본인부담급여 항암약물치료” 또는 “급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)”를 받은 경우

2 제1항 제1호에서 “전액본인부담급여”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

3 제1항 제1호에서 “비급여”라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

4 제1항 제1호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 수술”은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

5 제1항 제2호의 “전액본인부담급여 항암방사선치료”라 함은 “항암방사선치료” 중 「국민건강보험법」에

서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암방사선치료로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암방사선치료 분류표(【붙임22】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 항암방사선치료 인정기준"이라 합니다)에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

6 제1항 제2호의 "급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 "급여 항암방사선치료 인정기준" 외에 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료를 하는 것을 말합니다.

7 제1항 제3호의 "전액본인부담급여 항암약물치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암요법제로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암약물 분류표(【붙임23】 참조)에서 정한 약효분류에 해당하는 약물(이하 "급여 항암약물치료 인정기준"이라 합니다)을 투여하는 것에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

8 제1항 제3호의 "급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 "급여 항암약물치료 인정기준" 외에 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

9 제5항 내지 제8항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암방사선치료 인정기준" 또는 "급여 항암약물치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 항암방사선치료 인정기준" 또는 "급여 항암약물치료 인정기준"을 따릅니다.

10 제5항 내지 제9항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표(【붙임22】 참조) 또는 급여 항암약물 분류표(【붙임23】 참조)에 해당하는 진료행위 또는 약제 외에 "급여 항암방사선치료 인정기준" 또는 "급여 항암약물치료 인정기준"에 해당하는 진료행위 또는 약제가 있는 경우에는 그 진료행위 또는 약제도 포함하는 것으로 합니다.

[진료비 세부내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정치료”를 받은 경우에는 제2조(“비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정치료”의 정의) 제1항의 각 호별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액 계약일부터 경과기간		지급한도
	90일 이하	90일 초과	
“비급여(전액본인부담급여포함) 수술”을 받은 경우	–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
“전액본인부담급여 항암방사선치료” 또는 “급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)”를 받은 경우	–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
“전액본인부담급여 항암약물치료” 또는 “급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)”를 받은 경우	–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “암”의 “비급여(전액본인부담급여포함) 수술”, “전액본인부담급여 항암방사선치료”, “급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)”, “전액본인부담급여 항암약물치료” 또는 “급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)”를 받은 날로 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암” 및 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

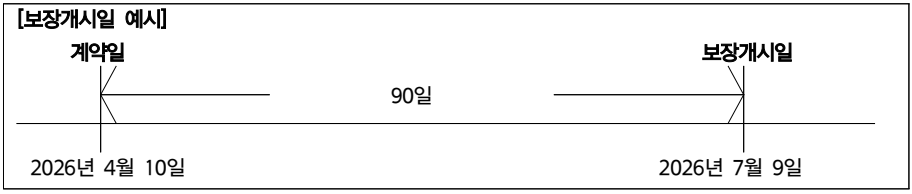
제7조(특별약관의 무효)

1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

비급여(전액본인부담급여포함)특정유사암특정치료비(각연간1회한) 특별약관

제1조(“특정유사암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진

단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 특정치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 특정치료"라 함은 "특정유사암"을 제거하거나 "특정유사암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 수술"을 받은 경우
2. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 치료 중 "전액본인부담급여 항암방사선치료" 또는 "급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)"를 받은 경우
3. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료" 치료 중 "전액본인부담급여 항암약물치료" 또는 "급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)"를 받은 경우

2 제1항 제1호에서 "전액본인부담급여"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

3 제1항 제1호에서 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

4 제1항 제1호의 "비급여(전액본인부담급여포함) 수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 특정유사암을 제거하거나 특정유사암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

5 제1항 제2호의 "전액본인부담급여 항암방사선치료"라 함은 "항암방사선치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암방사선치료로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암방사선치료 분류표(【붙임22】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 항암방사선치료 인정기준"이라 합니다)에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

6 제1항 제2호의 "급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 "급여 항암방사선치료 인정기준" 외에 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료를 하는 것을 말합니다.

7 제1항 제3호의 "전액본인부담급여 항암약물치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암요법제로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암약물 분류표(【붙임23】 참조)에서 정한 약효분류에 해당하는 약물(이하 "급여 항암약물치료 인정기준"이라 합니다)을 투여하는 것에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

8 제1항 제3호의 "급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 "급여 항암약물치료 인정기준" 외에 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

9 제5항 내지 제8항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암방사선치료 인정기준" 또는 "급여 항암약물치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 항암방사선치료 인정기준" 또는 "급여 항암약물치료 인정기준"을 따릅니다.

10 제5항 내지 제9항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표(【붙임22】 참조)

또는 급여 항암약물 분류표(【붙임23】 참조)에 해당하는 진료행위 또는 약제 외에 “급여 항암방사선치료 인정기준” 또는 “급여 항암약물치료 인정기준”에 해당하는 진료행위 또는 약제가 있는 경우에는 그 진료행위 또는 약제도 포함하는 것으로 합니다.

[진료비 세부내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 “특정유사암”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 특정치료”를 받은 경우에는 제2조(“비급여(전액본

인부담급여포함) 특정유사암 특정치료"의 정의) 제1항의 각 호별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급한도
"비급여(전액본인부담급여포함) 수술"을 받은 경우	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
"전액본인부담급여 항암방사선치료" 또는 "급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)"를 받은 경우	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
"전액본인부담급여 항암약물치료" 또는 "급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)"를 받은 경우	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "특정유사암"의 "비급여(전액본인부담급여포함) 수술", "전액본인부담급여 항암방사선치료", "급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)", "전액본인부담급여 항암약물치료" 또는 "급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)"를 받은 날로 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 특정치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "특정유사암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "특정유사암" 및 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 특정치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정유사암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

비급여(전액본인부담급여포함)암특정주요치료비(각연간1회한) 특별약관

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한

질병 중 “분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

4 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 “전립선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 “암(갑상선암및전립선암제외)”, “갑상선암”, “전립선암”, “특정유사암” 및 “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “암(갑상선암및전립선암제외)”, “갑상선암”, “전립선암”, “특정유사암” 및 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료”라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암(갑상선암및전립선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우
2. “갑상선암” 또는 “전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우
3. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우
4. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우
5. “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우
6. “특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를

받은 경우
7. “특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우
8. “특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우

2 이 특별약관에서 “전액본인부담급여”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

3 이 특별약관에서 “비급여”라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

4 제1항 제1호 및 제2호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”은 다빈치로봇수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암(갑상선암및전립선암제외), 갑상선암 또는 전립선암을 제거하거나 암(갑상선암및전립선암제외), 갑상선암 또는 전립선암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

5 제1항 제3호 및 제6호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

6 제1항 제4호 및 제7호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”는 표적항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

7 제1항 제5호 및 제8호의 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담급여 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

[진료비 세부내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조("다빈치로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "암(갑상선암및전립선암제외)", "갑상선암" 또는 전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하며, 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 "수술"을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함]	QZ966

[다빈치로봇수술]
다빈치로봇수술이란 "암(갑상선암및전립선암제외)", "갑상선암" 또는 전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제6조("항암양성자방사선치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제7조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에

준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 「의료법」 제3조(의료기관) (【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “표적항암제”를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[“안정성과 유효성 인정 범위” 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 (다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제8조(“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “특별면역항암제”란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 “421(항악성종양제)”(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 “항악성종양제”에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 세 가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “특정면역항암제”의 범위에서 제외됩니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]
면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]
항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]
카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR,Chimeric Antigen Receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "특정면역항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "특정면역항암제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제9조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제14조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "대상질병"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"를 받은 경우에는 제2조("비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"의 정의) 제1항의 각 호별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간		지급 한도
	90일 이하	90일 초과	
“암(갑상선암및전립선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우	-	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
“갑상선암” 또는 “전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우	-	이 특별약관 보험가입금액의 20%	연간 1회한
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우	-	이 특별약관 보험가입금액의 300%	연간 1회한
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우	-		연간 1회한
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우	-		연간 1회한
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 60%		연간 1회한
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우			연간 1회한
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우			연간 1회한

2 제1항의 대상질병이라 함은 다음과 같습니다.

구분	대상질병
“암(갑상선암및전립선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우	“암(갑상선암및전립선암제외)”
“갑상선암” 또는 “전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”을 받은 경우	“갑상선암” 또는 “전립선암”
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우	“암”
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우	“암”
“암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우	“암”
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”를 받은 경우	“특정유사암”
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우	“특정유사암”
“특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”를 받은 경우	“특정유사암”

3 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료”를 받은 날로 합니다.

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

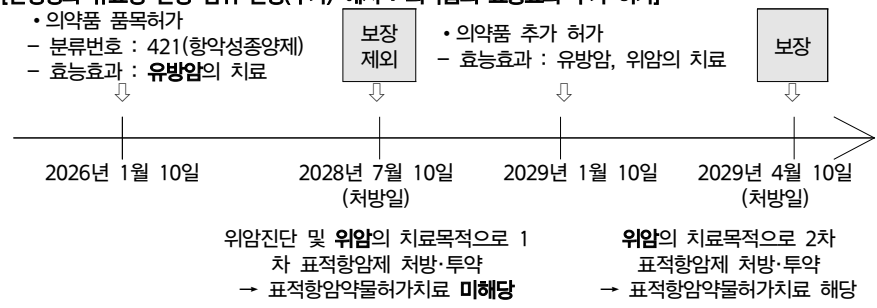
1 제9조(보험금의 지급사유)에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”의 경우 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

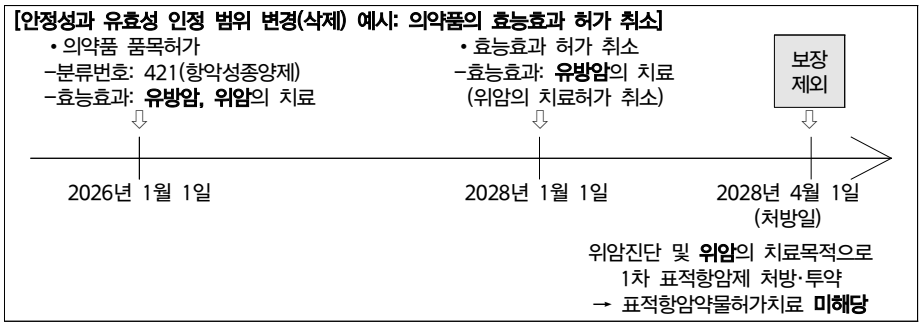
[표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



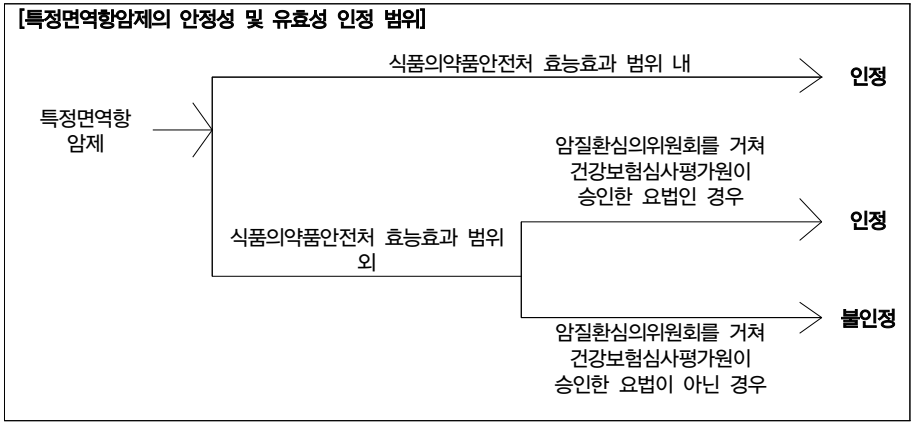
2 제9조(보험금의 지급사유)에서 “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”를 받은 경우라 함은 “비급여” 또는 “전액본인부담급여”에 해당하는 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제7조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[안정성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가]

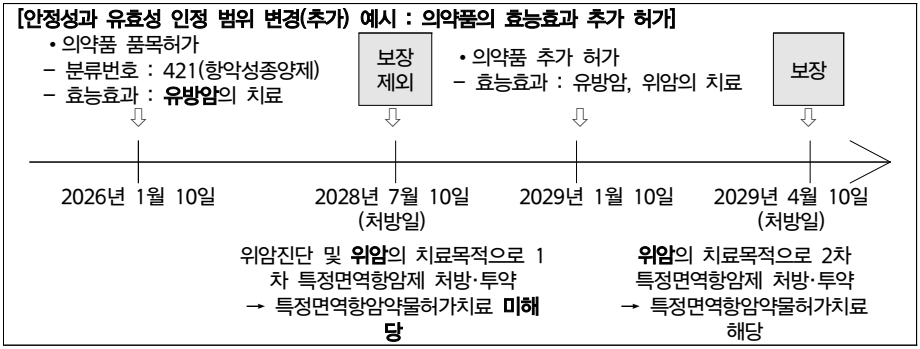


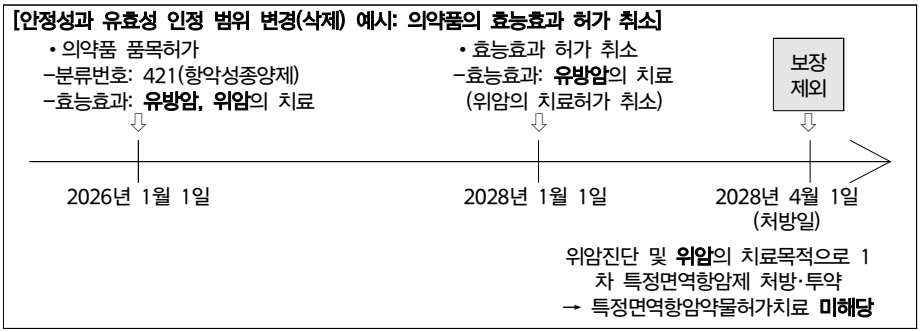


3 제9조(보험금의 지급사유)에서 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료"의 경우 "특정면역항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



4 제9조(보험금의 지급사유)에서 "비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "비급여" 또는 "전액본인부담급여"에 해당하는 특정면역항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제8조("특정면역항암제" 및 "특정면역항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암(갑상선암및전립선암제외)", "갑상선암", "전립선암", "특정유사암" 및 "암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암(갑상선암및전립선암제외)", "갑상선암", "전립선암", "특정유사암", "암" 및 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제12조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등) (단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI), 질병분류번호를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 세부보장별로 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.
1. “비급여(전액본인부담급여포함) 다빈치로봇수술”의 경우: 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서
2. “비급여(전액본인부담급여포함) 항암양성자방사선치료”의 경우: 항암방사선치료기록지
3. “비급여(전액본인부담급여포함) 표적항암약물허가치료”의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. “비급여(전액본인부담급여포함) 특정면역항암약물허가치료”의 경우 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료/특정면역항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

3 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

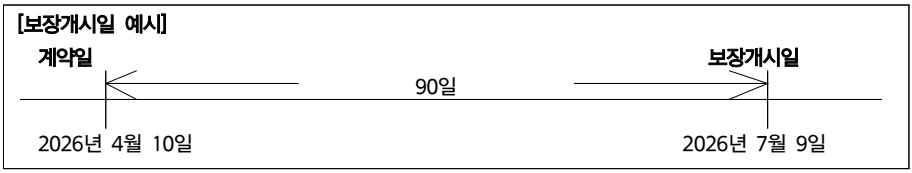
제13조(특별약관의 무효)

1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제14조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제14조(회사의 보장개시)

1 제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(“비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료”의 정의) 제1항의 제1호 내지 제5호의 경우 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



2 제2조(“비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료”의 정의) 제1항의 제6호 내지 제8호의 경우 보

장개시일은 계약일로 합니다.

제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조("비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"의 정의) 제1항의 제1호 내지 제5호 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 제2조("비급여(전액본인부담급여포함) 암 특정주요치료"의 정의) 제1항의 제6호 내지 제8호 : 부활(효력회복)일

제16조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

전이암특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 전이암특정치료비(수술)(종합병원)(연간1회한)
- 전이암특정치료비(항암방사선치료)(종합병원)(연간1회한)
- 전이암특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)

제1조("전이암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "전이암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
2. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
3. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
4. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

2 "전이암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "전이암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("전이암 특정치료"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "전이암 특정치료"라 함은 "전이암"을 제거하거나 "전이암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

2 제1항 제1호의 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제4조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “전이암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “전이암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “전이암 특정치료”를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 전이암특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간		지급 한도
	90일 이하	90일 초과	
“전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	–	전이암특정치료비(수술)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
“전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	–	전이암특정치료비(항암방사선치료)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
“전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	–	전이암특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “전이암 특정치료”를 받은 날로 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “전이암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “전이암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “전이암” 및 “전이암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “전이암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제7조(특별약관의 무효)

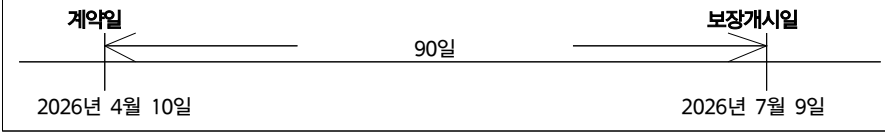
1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “전이암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

전이암특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(각연간1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 전이암특정치료비(수술)(암전문의료기관(상급종합병원등))(연간1회한)
- 전이암특정치료비(항암방사선치료)(암전문의료기관(상급종합병원등))(연간1회한)
- 전이암특정치료비(항암약물치료)(암전문의료기관(상급종합병원등))(연간1회한)

제1조("전이암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "전이암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
2. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
3. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
4. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

2 "전이암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "전이암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("암전문의료기관(상급종합병원등)"의 정의)
1 이 특별약관에서 "암전문의료기관(상급종합병원등)"라 함은 "상급종합병원", "국립암센터", "지역암센터" 및 "원자력병원"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.
3 이 특별약관에서 "국립암센터"라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)(【부록】 참조)에 따라 설립된 국립암센터를 말합니다.
4 이 특별약관에서 "지역암센터"라 함은 「암관리법」 제19조(지역암센터 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 설립된 지역암센터를 말합니다.
5 이 특별약관에서 "원자력병원"이라 함은 「방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법」 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의 3(분원 또는 부설기관)(【부록】 참조)에 따라 설립된 한국원자력의학원 및 동남권원자력의학원 산하의 원자력병원을 말합니다.

제3조("전이암 특정치료"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "전이암 특정치료"라 함은 "전이암"을 제거하거나 "전이암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우

3. “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

2 제1항 제1호의 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제4조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “전이암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “전이암 특정치료”를 받은 시점 기준 암전문의료기관(상급종합병원등)에서 “전이암 특정치료”를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 전이암특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간		지급 한도
	90일 이하	90일 초과	
“전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	-	전이암특정치료비(수술)(암전문의료기관(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
“전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	-	전이암특정치료비(항암방사선치료)(암전문의료기관(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한
“전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	-	전이암특정치료비(항암약물치료)(암전문의료기관(상급종합병원등))(연간1회한)의 보험가입금액	연간 1회한

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “전이암 특정치료”를 받은 날로 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “전이암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “전이암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “전이암” 및 “전이암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “전이암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제7조(특별약관의 무효)

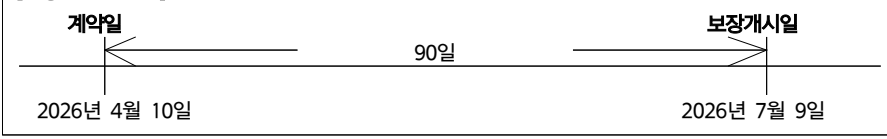
1 제1절. 공통조항 제15조(특별약관의 무효)에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “전이암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일

이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2대질병특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관

제1조("2대질병"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "2대질병"이라 함은 "뇌혈관질환" 및 "허혈성심장질환"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【붙임4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【붙임5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 "2대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "2대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
5 "2대질병"의 "뇌혈관질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
6 "2대질병"의 "허혈성심장질환"의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("상급종합병원" 및 "권역심뇌혈관질환센터"의 정의)
1 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("2대질병 특정치료"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "2대질병 특정치료"라 함은 "2대질병 수술", "2대질병 혈전용해치료" 및 "2대질병 중환자실치료"를 말합니다.
2 제1항의 "2대질병 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "2대질병"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "2대질병 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단,

절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "2대질병 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "2대질병 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "2대질병 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "2대질병 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "2대질병 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "2대질병"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "2대질병 특정치료"를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 "2대질병 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 2대질병특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "2대질병 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "2대질병 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

경증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관

제1조("경증순환계질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "경증순환계질환"이라 함은 경증순환계질환 분류표(【붙임6】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "경증순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "경증순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

③ "경증순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("상급종합병원" 및 "권역심뇌혈관질환센터"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("경증순환계질환 특정치료"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "경증순환계질환 특정치료"라 함은 "경증순환계질환 수술", "경증순환계질환 혈전용해치료" 및 "경증순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.

② 제1항의 "경증순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "경증순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "경증순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제2항 및 제3항의 "경증순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "경증순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "경증순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "경증순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "경증순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "경증순환계질환"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "경증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "경증순환계질환 특정치료"를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 "경증순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 경증순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "경증순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "경증순환계질환 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

중등증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관

제1조("중등증순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중등증순환계질환"이라 함은 중등증순환계질환 분류표(【붙임7】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "중등증순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의

병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "중등증순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "중등증순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("상급종합병원" 및 "권역심뇌혈관질환센터"의 정의)

1 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("중등증순환계질환 특정치료"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "중등증순환계질환 특정치료"라 함은 "중등증순환계질환 수술", "중등증순환계질환 혈전용해치료" 및 "중등증순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 "중등증순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중등증순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "중등증순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "중등증순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "중등증순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "중등증순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "중등증순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "중등증순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중등증순환계질환"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중등증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "중등증순환계질환 특정치료"를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 "중등증순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중등증순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "중등증순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "중등증순환계질환 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

중증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관

제1조("중증순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중증순환계질환"이라 함은 중증순환계질환 분류표(【붙임8】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "중증순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "중증순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "중증순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사,

심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("상급종합병원" 및 "권역심뇌혈관질환센터"의 정의)

1 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("중증순환계질환 특정치료"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "중증순환계질환 특정치료"라 함은 "중증순환계질환 수술", "중증순환계질환 혈전용해치료" 및 "중증순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 "중증순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중증순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "중증순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "중증순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "중증순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "중증순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "중증순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "중증순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중증순환계질환"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "중증순환계질환 특정치료"를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 "중증순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중증순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "중증순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "중증순환계질환 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

중등증Ⅱ순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관

제1조("중등증Ⅱ순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중등증Ⅱ순환계질환"이라 함은 중등증Ⅱ순환계질환 분류표(【붙임9】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "중등증Ⅱ순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "중등증Ⅱ순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "중등증Ⅱ순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검

사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("상급종합병원" 및 "권역심뇌혈관질환센터"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"라 함은 "중등증Ⅱ순환계질환 수술", "중등증Ⅱ순환계질환 혈전용해치료" 및 "중등증Ⅱ순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.

② 제1항의 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중등증Ⅱ순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제2항 및 제3항의 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "중등증Ⅱ순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "중등증Ⅱ순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "중등증Ⅱ순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중등증Ⅱ순환계질환"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중등증Ⅱ순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 "중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중등증Ⅱ순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "중등증Ⅱ순환계질환 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

주요순환계질환 Ⅰ 특정치료비(요양병원제외,각연간1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 주요순환계질환 Ⅰ 특정치료비(수술(혈전제거술제외))(요양병원제외,연간1회한)
- 주요순환계질환 Ⅰ 특정치료비(혈전제거술)(요양병원제외,연간1회한)
- 주요순환계질환 Ⅰ 특정치료비(혈전용해치료)(요양병원제외,연간1회한)
- 주요순환계질환 Ⅰ 특정치료비(중환자실치료)(요양병원제외,연간1회한)

제1조("주요순환계질환 Ⅰ"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요순환계질환 Ⅰ"이라 함은 주요순환계질환 Ⅰ 분류표(【붙임10】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요순환계질환 Ⅰ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하

여 내려져야 하며, 회사가 "주요순환계질환Ⅰ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "주요순환계질환Ⅰ"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」[별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("주요순환계질환Ⅰ 특정치료"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "주요순환계질환Ⅰ 특정치료"라 함은 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)", "주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술", "주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료" 및 "주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "주요순환계질환Ⅰ"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 단, 혈전제거술은 제외합니다.

3 제2항의 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 "주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 또는 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하여 혈관으로부터 혈전을 제거하는 치료법을 말합니다. 단, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

7 제1항의 "주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료"라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

8 제7항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

9 제7항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)은 "주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

10 제1항의 "주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "주요순환계질환Ⅰ"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요순환계질환Ⅰ"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "주요순환계질환Ⅰ 특정치료"를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 주요순환계질환Ⅰ특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
"주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)"을 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(수술(혈전제거술제외))(요양병원제외,연간1회한) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(수술(혈전제거술제외))(요양병원제외,연간1회한) 보험가입금액
"주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술"을 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전제거술)(요양병원제외,연간1회한) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전제거술)(요양병원제외,연간1회한) 보험가입금액
"주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료"를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전용해치료)(요양병원제외,연간1회한) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전용해치료)(요양병원제외,연간1회한)의 보험가입금액
"주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료"를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(중환자실치료)(요양병원제외,연간1회한) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(중환자실치료)(요양병원제외,연간1회한) 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "주요순환계질환Ⅰ 특정치료"를 받은 날로 합니다. 다만, "주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료"의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

주요순환계질환Ⅰ특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(각연간1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(수술(혈전제거술제외))(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한)
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전제거술)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한)
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전용해치료)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한)
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(중환자실치료)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한)

제1조("주요순환계질환Ⅰ"의 정의 및 진단확정)
1. 이 특별약관에서 "주요순환계질환Ⅰ"이라 함은 주요순환계질환Ⅰ 분류표(【붙임10】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2. "주요순환계질환Ⅰ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "주요순환계질환Ⅰ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
3. "주요순환계질환Ⅰ"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("상급종합병원" 및 "권역심뇌혈관질환센터"의 정의)
1. 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.
2. 이 특별약관에서 "권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.)

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」[별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("주요순환계질환Ⅰ 특정치료"의 정의 및 장소)
1. 이 특별약관에서 "주요순환계질환Ⅰ 특정치료"라 함은 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)", "주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술", "주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료" 및 "주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료"를 말합니다.
2. 제1항의 "주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "주요순환계질환Ⅰ"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 단, 혈전제거술은 제외합니다.

3 제2항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술”이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 또는 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하여 혈관으로부터 혈전을 제거하는 치료법을 말합니다. 단, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

7 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료”라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

8 제7항의 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

9 제7항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)은 “주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료”에서 제외됩니다.

10 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “주요순환계질환Ⅰ”의 치료를 목적으로 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “주요순환계질환Ⅰ 특정치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 “주요순환계질환Ⅰ 특정치료”를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 주요순환계질환Ⅰ특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상

구분	계약일로부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
“주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”을 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(수술(혈전제거술제외))(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(수술(혈전제거술제외))(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한)의 보험가입금액
“주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술”을 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전제거술)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전제거술)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한)의 보험가입금액
“주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전용해치료)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(혈전용해치료)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 보험가입금액
“주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(중환자실치료)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 보험가입금액의 50%	주요순환계질환Ⅰ특정치료비(중환자실치료)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 보험가입금액

2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “주요순환계질환Ⅰ 특정치료”를 받은 날로 합니다. 다만, “주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

주요순환계질환Ⅰ특정치료생활비(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관

제1조(“주요순환계질환Ⅰ”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “주요순환계질환Ⅰ”이라 함은 주요순환계질환Ⅰ 분류표(【붙임10】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 “주요순환계질환Ⅰ”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 “주요순환계질환Ⅰ”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
3 “주요순환계질환Ⅰ”의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“중환자실”의 정의)
이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」[별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(“입원”의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(“주요순환계질환Ⅰ 특정치료”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “주요순환계질환Ⅰ 특정치료”라 함은 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”, “주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술”, “주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료” 및 “주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”를 말합니다.

2 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “주요순환계질환Ⅰ”으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 단, 혈전제거술은 제외합니다.

3 제2항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 “주요순환계질환Ⅰ 수술(혈전제거술제외)”에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

6 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 혈전제거술”이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 또는 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하여 혈관으로부터 혈전을 제거하는 치료법을 말합니다. 단, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

7 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료”라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

8 제7항의 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

9 제7항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)은 “주요순환계질환Ⅰ 혈전용해치료”에서 제외됩니다.

⑩ 제1항의 “주요순환계질환Ⅰ 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “주요순환계질환Ⅰ”의 치료를 목적으로 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수”의 정의)

① 이 특별약관에서 “연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수”라 함은 “주요순환계질환Ⅰ”의 특정치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

특정치료항목	산정기준
“주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술제외)을 받은 경우	수술 1회당
“주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우	수술 1회당
“주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우	치료 1회당
“주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	치료 1회당

② 제1항에도 불구하고 “주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 “연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

③ 제1항에도 불구하고 “주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우 “연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수” 산정 시 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 산정하지 않습니다.

④ 제1항의 “연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수”는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정합니다.

[“연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수” 산정 예시]

연간 “주요순환계질환Ⅰ”의 직접적인 치료를 목적으로

① 수술(혈전제거술제외) 1회, 혈전제거술 1회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술(혈전제거술제외) 1회, 혈전제거술 1회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수 : 4회(1회+1회+1회+1회)

② 수술(혈전제거술제외) 2회, 혈전제거술 1회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술(혈전제거술제외) 2회, 혈전제거술 1회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수 : 4회(2회+1회+1회+0회)

③ 수술(혈전제거술제외) 3회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 0회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술(혈전제거술제외) 3회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 0회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수 : 6회(3회+2회+0회+1회)

④ 수술(혈전제거술제외) 0회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 2회, 중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 수술(혈전제거술제외) 0회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 1회로 산정
연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수 : 4회(0회+2회+1회+1회)

⑤ 수술(혈전제거술제외) 0회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 3회, 중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 수술(혈전제거술제외) 0회, 혈전제거술 2회, 혈전용해치료 1회, 중환자실치료 0회로 산정
연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수 : 3회(0회+2회+1회+0회)

제6조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “주요순환계질환Ⅰ 특정치료”를 받아 “연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수”가 2회인 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액(단, 이 특별약관의 계약일로부터 경과기간이 1년 미만인 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 50%)을 주요순환계질환Ⅰ특정치료생활비로 보험수익자에게 지급합니다.

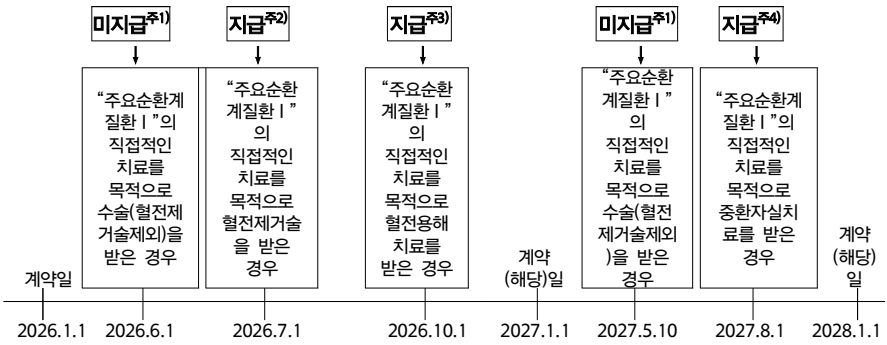
② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정되고 그 직접적인

치료를 목적으로 “주요순환계질환Ⅰ 특정치료”를 받아 “연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수”가 3회인 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액의 50%(단, 이 특별약관의 계약일로부터 경과기간이 1년 미만인 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 25%)를 주요순환계질환Ⅰ특정치료생활비로 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수	계약일로부터 경과기간		지급한도
	1년 미만	1년 이상	
2회	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
3회	이 특별약관 보험가입금액의 25%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 1회한

3 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “주요순환계질환Ⅰ 특정치료”를 받은 날로 합니다. 다만, 제4조(“주요순환계질환Ⅰ 특정치료”의 정의 및 장소) 제10항의 경우 중환자실 입원시작일로 합니다.

[보험금 지급 예시]
- 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일



주1) 미지급 : 연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수 1회
주2) 이 특별약관 보험가입금액의 50% 지급 : 연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수 2회(계약일로부터 경과기간 1년 미만)
주3) 이 특별약관 보험가입금액의 25% 추가 지급 : 연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수 3회(계약일로부터 경과기간 1년 미만)
주4) 이 특별약관의 보험가입금액 지급 : 연간 주요순환계질환Ⅰ 특정치료 횟수 2회

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다
- 주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비(항응고경구제,90일이상)(연간1회한,급여)
- 주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비(항응고주사제)(연간1회한,급여)
- 주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비(항혈소판경구제,아스피린,90일이상)(연간1회한,급여)
- 주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비(항혈소판경구제,아스피린이외,90일이상)(연간1회한,급여)
- 주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비(항혈소판주사제)(연간1회한,급여)

제1조(“주요순환계질환Ⅱ”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “주요순환계질환Ⅱ”라 함은 주요순환계질환Ⅱ 분류표(【붙임11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “주요순환계질환Ⅱ”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 “주요순환계질환Ⅱ”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 “주요순환계질환Ⅱ”의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“특정항혈전제주사약물치료(급여)” 등의 정의)

1 이 특별약관에서 “특정항혈전제주사약물치료(급여)”라 함은 “특정항응고제주사약물치료(급여)” 또는 “특정항혈소판제주사약물치료(급여)”를 말합니다.

2 제1항의 “특정항응고제주사약물치료(급여)”라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항응고주사제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하는 치료법을 말합니다.

3 제2항의 “특정항응고주사제”라 함은 보건복지부에서 고시하는「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호가 “333(혈액응고저지제)”에 해당하며 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

4 제1항의 “특정항혈소판제주사약물치료(급여)”라 함은 의사가 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항혈소판주사제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하는 치료법을 말합니다.

5 제4항의 “특정항혈소판주사제”라 함은 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류에 있어 [붙임12] “항혈소판제 분류표”에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 목록에 해당하며 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

6 제1항 내지 제5항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」가 개정되는 경우에는 “특정항응고제주사약물치료(급여)”를 받은 당시 시행되고 있는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」를 따릅니다.

7 제6항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 개정으로 대상약제 제외 또는 분류가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 제외 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “특정항응고주사제” 또는 “특정항혈소판주사제”에 준하여 각각의 약물을 결정합니다.

8 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 “혈전용해제” 및 “항혈전경구제”는 제1항의 “특정항혈전제주사약물치료(급여)”에서 제외됩니다.

제3조(“특정항혈전제경구약물치료(급여)” 등의 정의)

1 이 특별약관에서 “특정항혈전제경구약물치료(급여)”라 함은 “특정항응고제경구약물치료(급여)”, “특정항혈소판제경구약물치료(급여)(아스피린 처방)” 또는 “특정항혈소판제경구약물치료(급여)(아스피린 이외 처방)”를 말합니다.

2 제1항의 “특정항응고제경구약물치료(급여)”라 함은 의사가 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항응고경구제”를 처방한 경우를 말합니다.

3 제2항의 “특정항응고경구제”라 함은 보건복지부에서 고시하는「약제 급여목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호가 “333(혈액응고저지제)”에 해당하며 내복약(경구)에 해당하는 약제를 말합니다.

4 제1항의 “특정항혈소판제경구약물치료(급여)(아스피린 처방)”라 함은 의사가 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항혈소판경구제(아스피린)”를 처방한 경우를 말합니다.

5 제4항의 “특정항혈소판경구제(아스피린)”라 함은 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류에 있어 [붙임13] “항혈소판제(아스피린) 분류표”에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 목록에 해당하며 내복약(경구)에 해당하는 약제를 말합니다.

6 제1항의 “특정항혈소판제경구약물치료(급여)(아스피린 이외 처방)”라 함은 의사가 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항혈소판경구제(아스피린 이외)”를 처방한경우를 말합니다.

7 제6항의 “특정항혈소판경구제(아스피린 이외)”라 함은 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류에 있어 [붙임14] “항혈소판제(아스피린이외) 분류표”에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 목록에 해당하며 내복약(경구)에 해당하는 약제를 말합니다.

8 제1항 내지 제7항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」가 개정되는 경우에는 “특정항응고제경구약물치료(급여)”를 받은 당시 시행되고 있는「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」를 따릅니다.

9 제8항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」 개정으로 대상 약제 제외 또는 분류가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 제외 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “특정항응고경구제”, “특정항혈소판경구제(아스피린)” 또는 “특정항혈소판경구제(아스피린 이외)”에 준하여 각각의 약물을 결정합니다.

10 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 “혈전용해제” 및 “항혈전주사제”는 제1항의 “특정항혈전제경구약물치료(급여)”에서 제외됩니다.

제4조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅱ”로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “특정항혈전제주사약물치료(급여)”를 받은 경우에는 세부보장별로 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항혈전제주사약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급 한도
“주요순환계질환Ⅱ”로 “특정항응고제주사약물치료(급여)”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비(항응고주사제)(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한
“주요순환계질환Ⅱ”로 “특정항혈소판제주사약물치료(급여)”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비(항혈소판주사제)(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅱ”로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 연간 90일 이상의 기간 동안 “특정항혈전제경구약물치료(급여)”를 받은 경우에는 세부보장별로 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항혈전제경구약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급 한도
“주요순환계질환Ⅱ”로 90일 이상 “특정항응고제경구약물치료(급여)”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비(항응고경구제,90일이상)(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한
“주요순환계질환Ⅱ”로 90일 이상 “특정항혈소판제경구약물치료(급여)(아스피린 처방)”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비(항혈소판경구제,아스피린,90일이상)(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한
“주요순환계질환Ⅱ”로 90일 이상 “특정항혈소판제경구약물치료(급여)(아스피린 이외 처방)”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비(항혈소판경구제,아스피린이외,90일이상)(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한

3 제2항의 “연간 90일 이상의 기간”이라 함은 각 세부보장별로 해당 약물의 연간 처방일수를 합산하여 해당 약물이 90일 이상 처방된 경우를 말합니다.

4 제1항 내지 제3항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “특정항혈전제주사약물치료(급여)”를 받은 날 또는 90일 이상 “특정항혈전제경구약물치료(급여)”를 받은 날로 합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 의사소견서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

주요순환계질환Ⅰ검사및치료비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 7개 세부보장으로 구성되어 있습니다
- 주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(MRI,PET)(연간1회한,급여)
- 주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(CT)(연간1회한,급여)
- 주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(지속적신대체요법치료(투석))(연간1회한,급여)
- 주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(인공호흡기치료(12시간초과))(연간1회한,급여)
- 주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(저체온요법치료)(연간1회한,급여)
- 주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(부분체외순환치료)(연간1회한,급여)
- 주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(재활치료)(1일1회,연간15회한,급여)

제1조("주요순환계질환Ⅰ"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요순환계질환Ⅰ"이라 함은 주요순환계질환Ⅰ 분류표(【붙임10】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요순환계질환Ⅰ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "주요순환계질환Ⅰ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "주요순환계질환Ⅰ"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조 ("급여 MRI촬영검사" 등의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 MRI촬영검사", "급여 CT촬영검사" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 각각 "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

구분	진료행위	분류번호
급여 MRI촬영검사	자기공명영상진단	다-246
급여 CT촬영검사	전산화단층영상진단	다-245
급여 양전자방출단층촬영(PET)검사	양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)	다-339

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)검사]
양전자를 방출하는 방사성의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법을 진단에 이용하는 검사

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 MRI촬영검사", "급여 CT촬영검사" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 의사 면허를 가진자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사 면허를 가진자의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 진료행위 외에 "급여 MRI촬영검사 인정기준", "급여 CT촬영검사 인정기준" 및 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조 ("주요순환계질환 I 치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "주요순환계질환 I 치료"는 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 급여 지속적신대체요법치료(CRRT)
2. 급여 인공호흡기치료(12시간초과)
3. 급여 저체온요법치료
4. 급여 부분체외순환치료

2 이 특별약관에서 급여 지속적신대체요법치료(CRRT), "급여 인공호흡기치료(12시간초과)", "급여 저체온요법치료" 및 "급여 부분체외순환치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 급여 지속적신대체요법치료(CRRT), "급여 인공호흡기치료(12시간초과)", "급여 저체온요법치료" 또는 "급여 부분체외순환치료"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 각각 "급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준", "급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준", "급여 저체온요법치료 인정기준" 및 "급여 부분체외순환치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

구분	진료행위	코드
급여 지속적신대체 요법치료(CRR T)	지속적정정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함] 지속적정정맥혈액투석여과-익일부터[1일당] 지속적동정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함] 지속적동정맥혈액투석여과-익일부터[1일당] 지속적정정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함] 지속적정정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당] 지속적동정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함] 지속적동정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당] 지속적정정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함] 지속적정정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당] 지속적동정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함] 지속적동정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	O7001 O7002 O7003 O7004 O7031 O7032 O7033 O7034 O7051 O7052 O7053 O7054
급여 인공호흡기 치료 (12시간초과)	인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당 인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당 (신생아 중환자실에서 고빈도 진동호흡모드 이용)	M5860 M0860
급여 저체온요법 치료	치료적저체온요법(1일당) 선택적 두부 저체온 요법 선택적 두부 저체온 요법-처치일 다음날부터 1일당	M5970 M5990 M5991
급여 부분체외순환 치료	부분체외순환 부분체외순환10시간초과익일부터(1일당) 체외순환막형산화요법-시술당일 체외순환막형산화요법-익일이후(1일당)-10시간 초과 계속 사용 부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용 부분체외순환10시간초과익일부터(1일당) -ILA Membrane Ventilator 사용	O1901 O1902 O1903 O1904 O1905 O1906

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

3 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준”, “급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준”, “급여 저체온요법치료 인정기준” 또는 “급여 부분체외순환치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준”, “급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준”, “급여 저체온요법치료 인정기준” 및 “급여 부분체외순환치료 인정기준”을 따릅니다.

4 제2항 및 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 지속적신대체요법치료(CRRT), 급여 인공호흡기치료(12시간초과), 급여 저체온요법치료 및 급여 부분체외순환치료 외에 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 인정기준”, “급여 인공호흡기치료(12시간초과) 인정기준”, “급여 저체온요법치료 인정기준” 또는 “급여 부분체외순환치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제4조 (“급여 주요순환계질환Ⅰ재활치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “주요순환계질환Ⅰ” 자체 및 해당질병의 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 7장 이학요법료에서 정한 진료행위(이하 “급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료 인정기준”을 따릅니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료” 외에 “급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제5조(“입원” 및 “통원”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 MRI촬영검사” 또는 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 주요순환계질환Ⅰ검사비(MRI,PET)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급한도
“주요순환계질환Ⅰ”로 “급여 MRI촬영검사”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(MRI,PET)(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한
“주요순환계질환Ⅰ”로 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(MRI,PET)(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 CT촬영검사”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래 금액을 주요순환계질환Ⅰ검사비(CT)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급한도
“주요순환계질환Ⅰ”로 “급여 CT촬영검사”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(CT)(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “주요순환계질환Ⅰ치료”를 받은 경우에는 각 세부보장별로 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 주요순환계질환Ⅰ치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급한도
“주요순환계질환Ⅰ”로 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(지속적신대체요법치료(투석))(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한
“주요순환계질환Ⅰ”로 “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(인공호흡기치료(12시간초과))(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한
“주요순환계질환Ⅰ”로 “급여 저체온요법치료”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(저체온요법치료)(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한
“주요순환계질환Ⅰ”로 “급여 부분체외순환치료”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(부분체외순환치료)(연간1회한,급여) 보험가입금액	연간 1회한

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정되고, 그 질병으로 입원 중에 “급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료”를 받은 경우(이하 “입원 급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료”라 합니다) 또는 통원하여 “급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료”를 받은 경우(이하 “외래 급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료”라 합니다) 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 주요순환계질환Ⅰ재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급한도
“급여 주요순환계질환Ⅰ재활치료”를 받은 경우	주요순환계질환Ⅰ검사및치료비(재활치료)(1일1회, 연간15회한,급여) 보험가입금액	입원/외래 각각 1일 1회, 연간 15회한

5 제1항의 주요순환계질환Ⅰ검사비(MRI,PET)는 “급여 MRI촬영검사” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

6 제2항의 주요순환계질환Ⅰ검사비(CT)는 “급여 CT촬영검사”의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

7 제3항의 주요순환계질환Ⅰ치료비는 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)”, “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”, “급여 저체온요법치료” 및 “급여 부분체외순환치료”의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료부위와 상관없이 각 세부보장별 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

8 제4항의 주요순환계질환Ⅰ재활치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “입원 급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료” 또는 “외래 급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료”를 합산하여 연간 15회를 초과하여 지급하지 않습니다.

9 제4항의 주요순환계질환Ⅰ재활치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “입원 급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료” 또는 “외래 급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료”별 각각 1일 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

10 제1항 내지 제8항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “주요순환계질환Ⅰ”의 “급여 MRI촬영검사”, “급여 CT촬영검사”, “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”, “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)”, “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”, “급여 저체온요법치료”, “급여 부분체외순환치료” 또는 “급여 주요순환계질환Ⅰ 재활치료”를 받은 날로 합니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 진료기록부 등
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다. 단, 제1절. 공통조항 제36조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【붙임2】 악성신생물 분류표

제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 악성신생물로 분류되는 질병은 아래와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임3】 장해분류표

Ⅰ. 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

Ⅱ. 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
4) “한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30㎝이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) “뚜렷한 시야 장해”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를

평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50㎝ 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) "평형기능에 장해를 남긴 때"라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0

항목	내 용	점수
기능장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60㎝ 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준
1) "코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) "코의 후각기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해판정기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1㎝ 이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5㎝ 이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2㎝ 이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1㎝ 이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30% 미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50% 미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75% 미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5㎜ 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 2㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
   나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
   다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
6) "심한 운동장해"란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) "뚜렷한 운동장해"란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
   다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
   라) 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과

의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) “약간의 운동장해”
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) “심한 기형”이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) “뚜렷한 기형”이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) “약간의 기형”이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해”란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해”란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

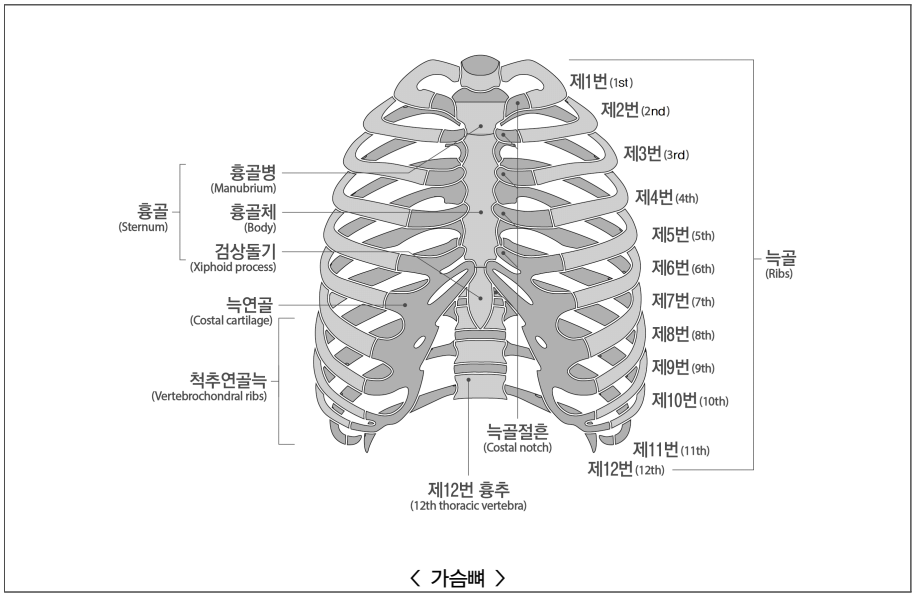
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝ 이상 분리된 부정유합 상태
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

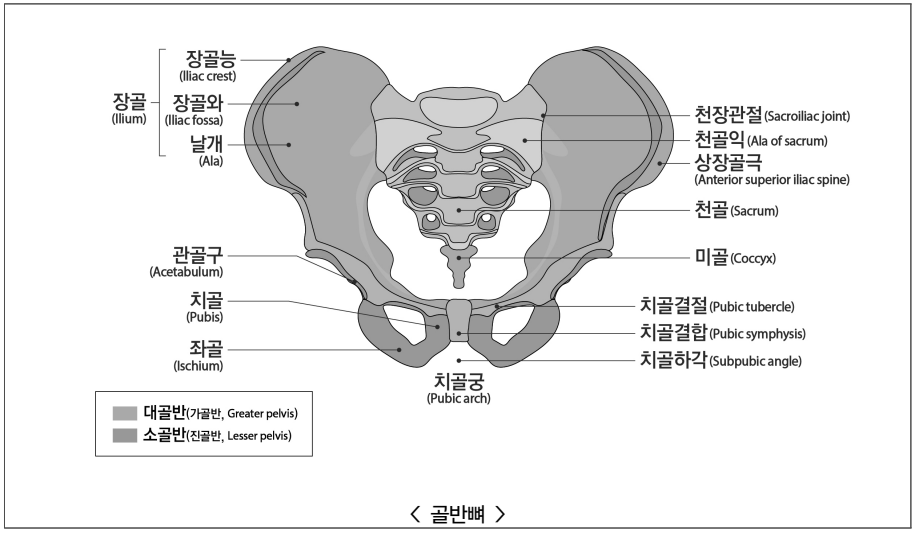
3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급

한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



〈 가슴뼈 〉



〈 골반뼈 〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

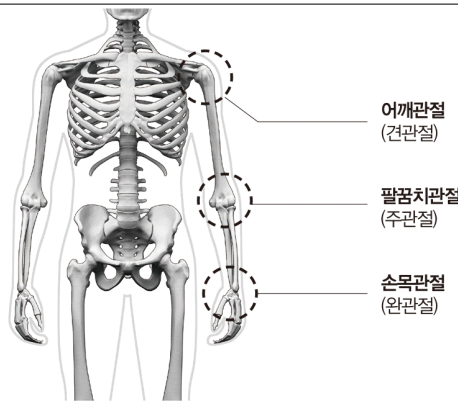
장해의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(zero)”인 경우
8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(trace)”인 경우
9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “2등급(poor)”인 경우
10) “관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “3등급(fair)”인 경우

11) “가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 “불유합” 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
12) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정
1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



〈 팔의 3대 관절 〉

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) "한 다리의 발목 이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "0등급(zero)"인 경우
8) "관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(trace)"인 경우
9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "2등급(poor)"인 경우
10) "관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "3등급(fair)"인 경우
11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
12) "가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 "불유합" 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
13) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
14) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형

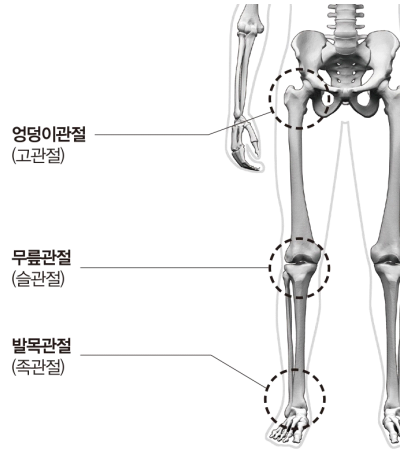
이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



〈 다리의 3대 관절 〉

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	10 5

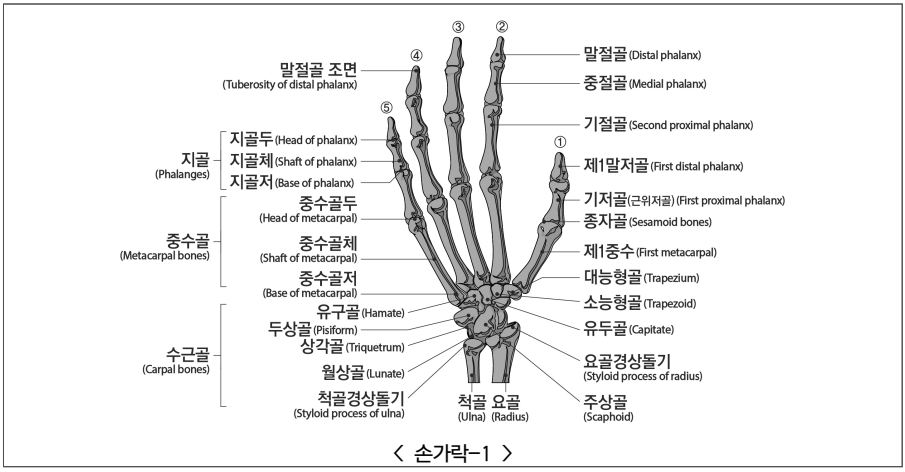
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈 손가락-1 〉



〈 손가락-2 〉

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

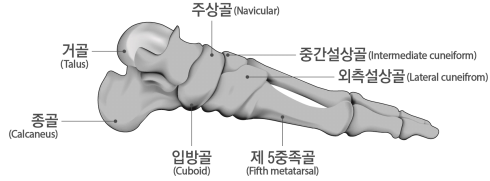
장해의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

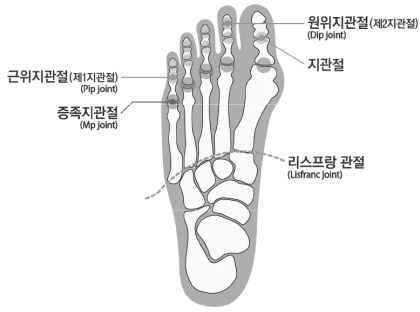
1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) “리스프랑관절 이상을 잃었을 때”라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈 발가락-1 〉



〈 발가락-2 〉



〈 발가락-3 〉

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해판정기준

1) "심장 기능을 잃었을 때"라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
4) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
5) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
   나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
   다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) "정신행동에 극심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) "정신행동에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) "정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준"[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) "정신행동에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준" 상 6개 항목

중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) "정신행동에 경미한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준" 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상 후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도	지급률(%)
이동 동작	– 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	40
	– 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30
	– 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20
	– 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행 시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10
음식물 섭취	– 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20
	– 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15
	– 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	– 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5
배변·배뇨	– 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태	20
	– 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태	15
	– 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	– 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때	5
목욕	– 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태	10
	– 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태	5
	– 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태	3
옷 입고 벗기	– 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	10
	– 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태	5
	– 상·하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태	3

【붙임4】 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임5】 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임6】 경증순환계질환 분류표

약관에 규정하는 경증순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 급성 류마티스열	·심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 ·심장 침범이 있는 류마티스열 ·류마티스무도병	I00 I01 I02
2. 만성 류마티스심장질환	·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼첨판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환	I05 I06 I07 I08 I09
3. 심장염증질환	·급성 심장막염 ·심장막의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염 ·상세불명 판막의 심내막염 ·급성 심근염 ·달리 분류된 질환에서의 심근염	I30 I31 I32* I33 I38 I40 I41*
4. 중증 방실차단	·방실차단 2도 ·완전방실차단 ·기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.1 I44.2 I44.3
5. 부정맥	·발작성 빈맥 ·심방세동 및 조동 ·기타 심장부정맥	I47 I48 I49
6. 특정 동맥혈관 질환	·기타 동맥류 및 박리 ·동맥색전증 및 혈전증 ·동맥 및 세동맥의 기타 장애	I72 I74 I77
7. 문맥혈전증	·문맥혈전증	I81

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임7】 중등증순환계질환 분류표

약관에 규정하는 중등증순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 협심증	·협심증	I20
2. 경증 허혈성심장질환	·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병	I24 I25
3. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환	I26 I27 I28
4. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43*
5. 심부전	·심부전	I50
6. 경증 뇌혈관질환	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 ·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 ·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 ·기타 뇌혈관질환 ·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애 ·뇌혈관질환의 후유증	I64 I65 I66 I67 I68* I69
7. 대동맥동맥류 및 박리	·대동맥동맥류 및 박리	I71
8. 식도정맥류	·식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I85 I98.2* I98.3*

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임8】 중증순환계질환 분류표

약관에 규정하는 중증순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 급성심근경색증	·급성 심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23
2. 인공소생에 성공한 심장정지	·인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
3. 뇌출혈	·거미막하출혈 ·뇌내출혈 ·기타 비외상성 두개내출혈	I60 I61 I62
4. 뇌경색증	·뇌경색증	I63

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임9】 중등증Ⅱ순환계질환 분류표

약관에 규정하는 중등증Ⅱ순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환	I26 I27 I28
2. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43*
3. 심부전	·심부전	I50
4. 대동맥동맥류 및 박리	·대동맥동맥류 및 박리	I71
5. 식도정맥류	·식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I85 I98.2* I98.3*

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임10】 주요순환계질환 I 분류표

약관에 규정하는 주요순환계질환 I 으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 급성 류마티스열	·심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 ·심장 침범이 있는 류마티스열 ·류마티스무도병	I00 I01 I02
2. 만성 류마티스심장질환	·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼첨판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환	I05 I06 I07 I08 I09
3. 심장염증질환	·급성 심장막염 ·심장막의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염 ·상세불명 판막의 심내막염 ·급성 심근염 ·달리 분류된 질환에서의 심근염	I30 I31 I32* I33 I38 I40 I41*
4. 중증 방실차단	·방실차단, 2도 ·완전방실차단 ·기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.1 I44.2 I44.3
5. 부정맥	·발작성 빈맥 ·심방세동 및 조동 ·기타 심장부정맥	I47 I48 I49
6. 특정 동맥혈관 질환	·기타 동맥류 및 박리 ·동맥색전증 및 혈전증 ·동맥 및 세동맥의 기타 장애	I72 I74 I77
7. 문맥혈전증	·문맥혈전증	I81
8. 협심증	·협심증	I20
9. 경증 허혈성심장질환	·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병	I24 I25
10. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환	I26 I27 I28
11. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43*
12. 심부전	·심부전	I50
13. 경증 뇌혈관질환	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 ·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 ·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 ·기타 뇌혈관질환 ·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애 ·뇌혈관질환의 후유증	I64 I65 I66 I67 I68* I69
14. 대동맥동맥류 및 박리	·대동맥동맥류 및 박리	I71

15. 식도정맥류	·식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I85 I98.2* I98.3*
16. 급성심근경색증	·급성 심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23
17. 인공소생에 성공한 심장정지	·인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
18. 뇌출혈	·거미막하출혈 ·뇌내출혈 ·기타 비외상성 두개내출혈	I60 I61 I62
19. 뇌경색증	·뇌경색증	I63

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임11】 주요순환계질환Ⅱ 분류표

약관에 규정하는 주요순환계질환Ⅱ으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 급성 류마티스열	·심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 ·심장 침범이 있는 류마티스열 ·류마티스무도병	I00 I01 I02
2. 만성 류마티스심장질환	·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼첨판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환	I05 I06 I07 I08 I09
3. 심장염증질환	·급성 심장막염 ·심장막의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염 ·상세불명 판막의 심내막염 ·급성 심근염 ·달리 분류된 질환에서의 심근염	I30 I31 I32* I33 I38 I40 I41*
4. 중증 방실차단	·방실차단, 2도 ·완전방실차단 ·기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.1 I44.2 I44.3
5. 부정맥	·발작성 빈맥 ·심방세동 및 조동 ·기타 심장부정맥	I47 I48 I49
6. 협심증	·협심증	I20
7. 경증 허혈성심장질환	·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병	I24 I25
8. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환	I26 I27 I28
9. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43*

10. 심부전	·심부전	I50
11. 경증 뇌혈관질환	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 ·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 ·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 ·기타 뇌혈관질환 ·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애 ·뇌혈관질환의 후유증	I64 I65 I66 I67 I68* I69
12. 급성심근경색증	·급성 심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23
13. 인공소생에 성공한 심장정지	·인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
14. 뇌출혈	·거미막하출혈 ·뇌내출혈 ·기타 비외상성 두개내출혈	I60 I61 I62
15. 뇌경색증	·뇌경색증	I63

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임12】 항혈소판제 분류표

약관에 규정하는 항혈소판제는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류 중 아래의 코드에 해당하는 약제를 말합니다.

ATC코드 명칭	ATC코드
1. 혈소판 응집 저해제(헤파린 제외)(Platelet aggregation inhibitors excl. heparin)	B01AC
2. 클로피도그렐(Clopidogrel)	B01AC04
3. 티클로피딘(Ticlopidine0	B01AC05
4. 아세틸살리실산(Acetylsalicylic acid)	B01AC06
5. 인도부펜(Indobufen)	B01AC10
6. 압식시맙(Abciximab)	B01AC13
7. 티로피반(Tirofiban)	B01AC17
8. 트리플루살(Triflusal)	B01AC18
9. 베라프로스트(Beraprost)	B01AC19
10. 푸라수그렐(Prasugrel)	B01AC22
11. 실로스타졸(Cilostazol)	B01AC23
12. 티카그렐러(Ticagrelor)	B01AC24
13. 리마프로스트(Limaprost)	B01AC28
14. 상기 의약품의 조합제품	B01AC30

주1) 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 분류하의 항혈소판제에 준하여 항혈소판제를 결정합니다.

주2) “B01AC”는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류상 상위 분류 코드이나, 별도의 약제를 포함하고 있습니다. 따라서 “B01AC”의 하위 코드 중 상기에 해당되지 않는 하위 코드는 보장하지 않습니다.

【붙임13】 항혈소판제(아스피린) 분류표

약관에 규정하는 항혈소판제(아스피린)는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류 중 아래의 코드에 해당하는 약제를 말합니다.

ATC코드 명칭	ATC코드
1. 아세틸살리실산(Acetylsalicylic acid)	B01AC06

주1) 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 분류하의 항혈소판제(아스피린)에 준하여 항혈소판제(아스피린)를 결정합니다.

【붙임14】 항혈소판제(아스피린이외) 분류표

약관에 규정하는 항혈소판제(아스피린이외)는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류 중 아래의 코드에 해당하는 약제를 말합니다.

ATC코드 명칭	ATC코드
1. 혈소판 응집 저해제(헤파린 제외)(Platelet aggregation inhibitors excl. heparin)	B01AC
2. 클로피도그렐(Clopidogrel)	B01AC04
3. 티클로피딘(Ticlopidine0	B01AC05
4. 인도부펜(Indobufen)	B01AC10
5. 압식시맙(Abciximab)	B01AC13
6. 티로피반(Tirofiban)	B01AC17
7. 트리플루살(Triflusal)	B01AC18
8. 베라프로스트(Beraprost)	B01AC19
9. 푸라수그렐(Prasugrel)	B01AC22
10. 실로스타졸(Cilostazol)	B01AC23
11. 티카그렐러(Ticagrelor)	B01AC24
12. 리마프로스트(Limaprost)	B01AC28
13. 상기 의약품의 조합제품	B01AC30

주1) 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 분류하의 항혈소판제(아스피린이외)에 준하여 항혈소판제(아스피린이외)를 결정합니다.

주2) “B01AC”는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류상 상위 분류 코드이나, 별도의 약제를 포함하고 있습니다. 따라서 “B01AC”의 하위 코드 중 상기에 해당되지 않는 하위 코드는 보장하지 않습니다.

【붙임15】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임16】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임17】 급여 특정단일유전자검사 분류표

약관에 규정하는 급여 특정단일유전자검사로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
[사람유전자 분자유전검사]	
비유전성 유전자검사	
가. 기본표적증폭	C5830
나. 중합효소연쇄반응-확장	
(1) 이중중합효소연쇄반응, 중합효소연쇄반응-교잡반응	C5831
(2) 중합효소연쇄반응- 폴리아크릴아마이드겔전기영동	C5832
다. 염기서열분석	
(1) 염기서열반응 2회	C5833
(2) 4회	C5834
(3) 6회	C5835
(4) 8회	C5836
(5) 10회	C5837
(6) 12회 이상	C5838
주 : B림프구 또는 T림프구의 유전자 재배열 확인을 위해 1개 유전자 단일 검사를 시행한 경우	C5843
주 : B림프구 또는 T림프구의 유전자 재배열 확인을 위해 2개 유전자 동시 검사를 시행한 경우	C5844
라. 기타	
(1) 서던블롯	C5839
(2) 동소교잡반응	C5840
(3) 형광동소교잡반응, 실버동소교잡반응	C5841
주 : 형광동소교잡반응에서 파라핀 블록을 이용한 경우	C5842

【붙임18】 급여 특정생검조직병리검사 분류표

약관에 규정하는 급여 특정생검조직병리검사로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
·침생검(심부)-복막	C8511
·침생검(심부)-흉막	C8512
·침생검(심부)-장기[편측]	C8513
·침생검(심부)-심낭[EKG비용포함]	C8514
·침생검(심부)-척수	C8515
·골수천자생검[편측]	C8520
·절개생검(심부[장기절개생검])-개흉에의한것	C8533
·절개생검(심부[장기절개생검])-개복에의한것	C8534
·전립선생검-경피적	C8551
·전립선생검-관혈적	C8552
·고환,부고환생검-경피적	C8561
·고환,부고환생검-관혈적	C8562
·자궁내막조직생검-흡인생검	C8573
·자궁내막조직생검-단순소파생검	C8574
·자궁내막조직생검-자궁경내소파술	C8575
·자궁내막조직생검-구획소파생검	C8572
·자궁경부착공생검	C8576
·골생검(침생검)	C8581
·골생검(절개생검)-척추골	C8582
·골생검(절개생검)-기타부위	C8583
·갑상선생검-침생검	C8591
·갑상선생검-관혈적	C8592
·관절절개생검술-견관절,고관절,천장관절	C8601
·관절절개생검술-주관절,슬관절	C8602
·관절절개생검술-완관절 및 족관절	C8603
·관절절개생검술-기타부위	C8604
·신경생검술	C8610
·경정맥간생검	C8620
·심근생검	CZ976
·유방생검[편측]-침생검	C8641
·유방생검[편측]-절개생검	C8642

【붙임19】 급여 신경차단술 분류표

약관에 규정하는 급여 신경차단술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
1. 지주막하 신경차단술	LA210
2. 경막외 신경차단술–일회성 차단	LA321, LA323, LA324
3. 경막외 신경차단술–지속적 차단	LA222~LA228, LA325, LA326
4. 경막외 저장기펌프 제거술	LA330
5. 뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	LA340, LA341, LA232~LA234
6. 내시경하 접구개신경절차단술	LA235
7. 척수신경말초지차단술	LA241~LA245, LA247~LA249, LA346, LA347, LA270~LA276
8. 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	LA251, LA253, LA352~LA360
9. 교감신경총 및 신경절차단술	LA261, LA264, LA265, LA361, LA362, LA366, LA367

【붙임20】 급여 신경파괴술 분류표

약관에 규정하는 급여 신경파괴술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
1. 지주막하 신경파괴술	LB310
2. 경막외 신경파괴술	LB320
3. 뇌신경 및 뇌신경 말초지파괴술	LB331, LB333~LB336
4. 척수신경 및 말초지파괴술	LB341~LB346
5. 교감신경절 및 신경총파괴술	LB351, LB353~LB356, LB412, LB413

【붙임21】 급여 특정NGS유전자패널검사 분류표

약관에 규정하는 급여 특정NGS유전자패널검사로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널조사 - 나. 비유전성 유전자검사 – (1) 고형암 – (가) Level Ⅰ	CB003
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널조사 - 나. 비유전성 유전자검사 – (1) 고형암 – (가) Level Ⅰ – 비소세포성 폐암에서 23종 유전자 정성검사의 경우	CB007
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널조사 - 나. 비유전성 유전자검사 – (1) 고형암 – (나) Level Ⅱ	CB004
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널조사 - 나. 비유전성 유전자검사 – (2) 혈액암 – (가) Level Ⅰ	CB005
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널조사 - 나. 비유전성 유전자검사 – (2) 혈액암 – (나) Level Ⅱ	CB006

【붙임22】 급여 항암방사선치료 분류표

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위				코드
1. 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획				
	기본 체외조사 치료계획	·제1회		HD101
		·제2회부터[1회당]		HD102
	전산화단층촬영 방사선 치료계획	기본 체외조사 치료계획	·제1회	HD103
			·제2회부터[1회당]	HD104
		운동조사법	·제1회	HD016
			·제2회부터	HD416
		수술 중 방사선치료계획		HD017
		입체조형 치료계획	·제1회	HD018
			·제2회부터	HD418
		정위적 방사선수술 계획	·제1회	HD019
			·제2회부터	HD419
		양성자 치료계획	·1~2문 제1회	HD105
			·3문 이상 제1회	HD106
			·제2회부터[1회당]	HD420
		세기변조 방사선치료계획	·제1회	HD041
			·제2회부터	HD441
2. 밀봉소선원치료에 대한 치료계획 및 모의치료				
	·외부접촉조사치료			HD021
	·강내치료, 관내치료		·기본 치료계획	HD024
			·전산화단층촬영 치료계획	HD025
	·조직내치료			HD023

진료행위				코드
3. 전신조사 및 전신피부전자선 조사에 대한 모의치료 및 치료계획				
	·전신			HD421
	·전림프절			HD422
	·전신피부전자선조사 치료계획			HD423
4. 치료 보조기구 고안 및 제작				
	·차폐물			HD031
	·보상체			HD032
	·고정기구			HD033
5. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술[계획]				HD040
6. 안 종양 근접 방사선치료계획				HD060
7. 체내(체표면)선량측정				HX401
8. 조사면검교정				
	필름 검교정			HY402
	전기적 영상 검교정	·2차원		HY404
		·3차원		HY405
9. 체외조사				
	2.5 Gy 미만			HD451
				HD452
	2.5 Gy이상~5.0 Gy미만			HD453
	5.0 Gy이상			HD454
10. 회전조사				
	·저에너지 방사선치료			HD057
	·중에너지 방사선치료			HD058
	·고에너지 방사선치료			HD059
11. 입체조형치료				
	2.5 Gy 미만			HD461
	2.5 Gy 미만(만 18세 미만)			HD462
	2.5 Gy이상~5.0 Gy미만			HD463
	5.0 Gy이상			HD464
12. 개봉선원치료				
	·경구투여방법			HD071
	·정맥주사방법			HD072
	·기타방법[복막천자, 흉강천자, 관절천자 등]			HD073
13. 체내섭취평가				
	·전신스캔방법			HD074
	·단일광자전산화단층촬영방법			HD075
	·양전자방출단층촬영방법			HD076
14. 밀봉소선원치료				
	·외부 근접(접촉)조사치료			HD080
	강내치료	고선량률 분할치료	·1치료기간당	HD081
			·치료중단시	HD082
		저선량률 치료	·방사성 선원 삽입 당일	HD083
			·익일부터	HD084
	조직내치료,	고선량률 분할치료	·1치료기간당	HD085

진료행위				코드
	관내치료		·치료중단시	HD086
		저선량률 치료	·방사성 선원 삽입 당일	HD087
			·익일부터	HD088
	·방사성입자의 자입치료			HD089
15. 전신조사				
	·전신			HD094
	·전림프절			HD095
16. 전신피부전자선조사				HD096
17. 정위적 방사선 분할치료				HD110
18. 체부 정위적 방사선수술				
	·선형가속기 이용			HD111
	·선형가속기 이용[1회로 치료종결]			HD112
	·사이버나이프 이용			HD211
	·사이버나이프 이용[1회로 치료종결]			HD212
19. 뇌 정위적 방사선수술				
	·감마나이프 이용			HD113
	·사이버나이프 이용			HD114
	·선형가속기 이용			HD115
20. 양성자 치료[1회당]				
	·1~2문치료			HD122
	·3문 이상 치료,5.0 Gy 미만			HD123
	·3문 이상 치료,5.0 Gy 이상			HD124
20. 세기변조 방사선치료[1회당]				
	2.5 Gy 미만			HD141
	2.5 Gy 미만(만18세 미만)			HD142
	2.5 Gy 이상 ~ 5.0 Gy 만			HD143
	5.0 Gy 이상			HD144
21. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술[치료]				HD150
22. 안 종양 근접 방사선치료				HD160
23. 수술 중 방사선치료				
	·전자선 이용			HD170
	·저에너지 X선 이용 Low Energy X-ray			HD171

【붙임23】 급여 항암약물 분류표

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

약효분류	분류번호
1. 부신호르몬제	245
2. 난포 및 황체호르몬제	247
3. 기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
4. 비타민B제(비타민B1을 제외)	313
5. 기타의 혈액 및 체액용약	339
6. 해독제	392
7. 따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
8. 항악성종양제	421
9. 기타의 종양치료제	429
10. 방사성 의약품	431
11. 주로 악성종양에 작용하는 것	617
12. 기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

9. (독립특별약관) 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관

※ 이 특별약관에서 【납입후50%해약환급금지급형 해당 종】 및 【기본형 해당 종】은 아래의 표에서 정한 종을 의미하며, 각 납입후50%해약환급금지급형 해당 종에 대응하는 기본형 해당 종은 아래의 표와 같습니다.

※ 표준형 상품이란 보험료 산출 시 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장의 상품으로 실제 판매하지 않는 상품을 말합니다.

납입후50%해약환급금지급형 해당 종	기본형 해당 종
【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】	표준형 상품
【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형Ⅱ)】	표준형 상품
【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】	표준형 상품
【7종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형, 3N5간편고지형)】	표준형 상품
【8종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형, 3N5간편고지형)】	표준형 상품
【10종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】	표준형 상품
【11종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】	표준형 상품
【14종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】	【12종(납입면제형,기본형)】
【15종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)】	【13종(납입면제지원 선택형,기본형)】
【16종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형Ⅲ)】	표준형 상품
【17종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형Ⅲ)】	표준형 상품
【20종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 일반고지형)】	표준형 상품
【21종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 일반고지형)】	표준형 상품
【24종(납입후50%해약환급금지급형, 간편고지형)】	표준형 상품
【26종(납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】	표준형 상품

※ 이 특별약관에서【납입면제형】및【납입면제 미운영형】은 아래의 표에서 정한 종을 의미합니다.

납입면제형	납입면제 미운영형
【1종(납입면제 강화형, 기본형)】 【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형)】 【3종(납입면제형,기본형Ⅱ)】 【4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형Ⅱ)】 【6종(납입면제형, 기본형, 3N5간편고지형)】 【7종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형, 3N5간편고지형)】 【9종(납입면제형, 기본형, 일반고지형)】 【10종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】 【12종(납입면제형,기본형)】 【14종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)】 【16종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제운영형, 3N5간편고지형Ⅲ)】 【18종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형Ⅲ)】 【20종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제운영형, 일반고지형)】 【22종(기본형, 납입면제 운영형, 일반고지형)】 【24종(납입후50%해약환급금지급형, 간편고지형)】 【25종(기본형, 간편고지형)】 【26종(납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】 【27종(기본형, 일반고지형)】	【5종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】 【8종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형, 3N5간편고지형)】 【11종(납입면제 미운영형, 납입후50%해약환급금지급형, 일반고지형)】 【13종(납입면제지원 선택형,기본형)】 【15종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)】 【17종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형Ⅲ)】 【21종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 일반고지형)】

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제9차 개정(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원 • 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년치 이자)) × 10% = 11원 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】 참조)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험계약대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다
보험계약 대출이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】 참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「노동절 제정에 관한 법률」에 따른 노동절
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.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2026년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리 비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.

보험료 = 보장보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

6 기타 관련 용어

용어	정의
순수보장성 보험	계약의 보험기간이 끝난 때에 지급되는 보험금(만기환급금)이 전혀 없는 보장성보험을 말합니다.

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금의 지급사유」 조항을 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금 지급에 관한 세부규정」 조항을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금을 지급하지 않는 사유」 조항을 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금의 청구」 조항을 따릅니다.

제8조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일이내에 보험금을 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
3 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기

2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[분쟁조정 신청]
분쟁조정 신청은 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

4 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

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

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

6 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

7 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

8 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 「상법」상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[「상법」 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제10조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방 해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제16조(계약내용의 변경 등)를 따릅니다.

4 제1항에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 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.

5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

7 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제11조(사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, "인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액"을 차감한 금액. 이하 같습니다)를 돌려드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제12조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 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.

[보험가입금액 제한]
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.
[일부보장 제외]
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체부위를 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 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 “서면 등”이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제14조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]

「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

· 청약의 철회에 관한 사항
· 계약의 해지 및 해제
· 분쟁조정 절차에 관한 사항
· 예금자보호법에 따른 보호여부
· 환급금에 관한 사항
· 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
· 저축성 보험계약의 경우 적용이율 및 산출기준, 사업비 차감 및 금액에 관한 사항
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자

필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제15조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

[심신상실자(心神喪失者)]

의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

[심신박약자(心神薄弱者)]

심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제16조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 【납입후50%해약환급금지급형 해당 종】으로 체결한 계약의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

2 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

3 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청

할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

4 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의하여야 합니다.

6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]
보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

7 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제17조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 청약서의 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일 : 1996년 7월 2일, 계약일 : 2026년 1월 10일
⇒ 2026년 1월 10일 − 1996년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제18조(특별약관의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구)의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제31조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제32조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을

때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제5관. 보험료의 납입

제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[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.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제9조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제10조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 합니다.

제20조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제21조(보험료의 납입면제)

보험료의 납입면제 관한 사항은 보통약관의 「보험료의 납입면제」를 준용합니다.

제22조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

보험료의 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관의 「보험료의 납입면제에 관한 세부규정」을 준용합니다.

제23조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제32조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이

해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더이상 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 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 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

3 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 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 제1항에 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

4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율

+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제9조(계약 전 알릴 의무), 제10조(알릴 의무 위반의 효과), 제11조(사기에 의한 계약), 제12조(보험계약의 성립) 및 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제10조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제26조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제16조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정

·전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제27조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조(위법계약의 해지)

1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지

를 요구할 수 있습니다.

2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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.

4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제31조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

[위법계약]
금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제29조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(회사의 파산선고와 해지)

1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제31조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

가. 납입후50%해약환급금지급형 해당 종은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 각 납입후50%해약환급금지급형 해당 종에 대응하는 기본형 해당 종 해약환급금의 50%를 지급합니다.

나. 회사는 계약자가 납입후50%해약환급금지급형 해당 종에 가입하는 경우 각 납입후50%해약환급금지급형 해당 종에 대응하는 기본형 해당 종과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

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”(【붙임1】 참조)에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

4 제28조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액

과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제32조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제33조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제34조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제35조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제36조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2026년 1월 1일에 발생하였음에도 2029년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제37조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제38조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
3 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제39조(회사의 손해배상책임)
1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제40조(개인정보보호)
1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제41조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자 보호에 관한 법률」, 「상법」, 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제42조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제2절. 보장조항

간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

지급기준	1일당 지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험가입금액

2 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]
· 보험가입금액 : 2만원
① 간병인 사용일 및 금액:
2026년 4월 10일 ~ 4월 17일, 총 88만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 11만원(7만원 이상 해당)
2만원 × 8일 = 16만원 지급

② 간병인 사용일 및 금액:
2026년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급

3 제1항 내지 제2항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
4 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병

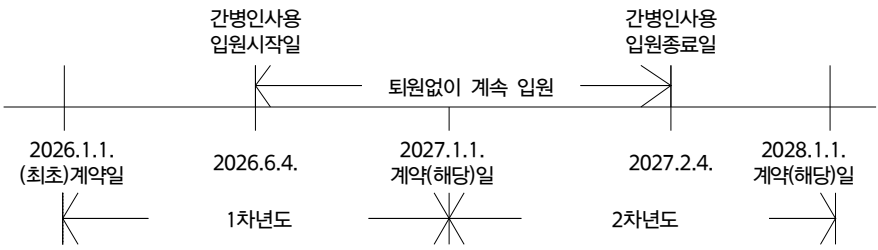
통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

5 제3항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

6 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4. ~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개

10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

간병인사용입원생활비(요양병원,연간180일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

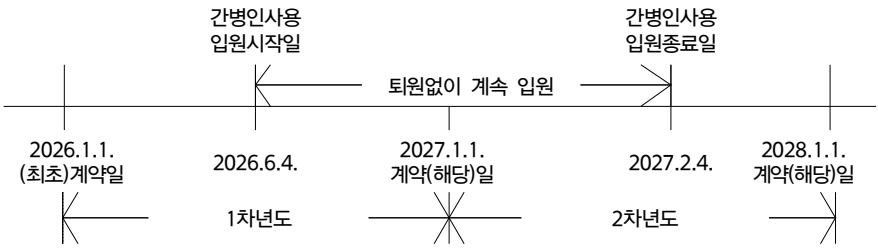
③ 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

④ 제2항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

⑤ 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4. ~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

② 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

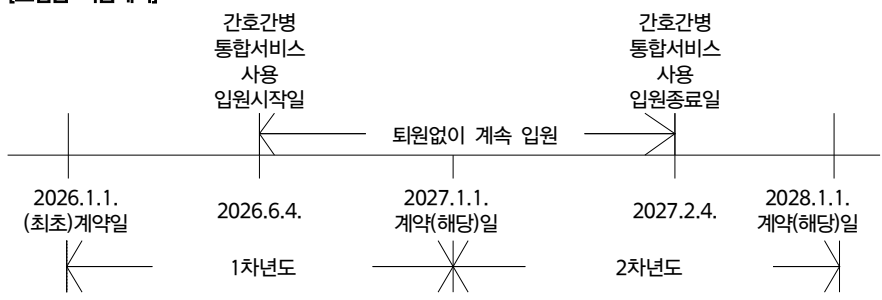
간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간호간병통합서비스사용입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.
2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간호간병통합서비스를 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4. ~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간호간병통합서비스사용입원생활비를 지급합니다.
2 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호간병통합서비스사용입원생활비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호간병통합서비스사용입원생활비를 지급하지 않습니다.
3 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.
4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부

또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

간병인사용입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일 이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.

지급기준	1일당 지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험가입금액

2 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]
· 보험가입금액 : 2만원
① 간병인 사용일 및 금액:
2026년 5월 7일 ~ 12월 17일, 총 1,800만원 소요
⇒ 총 사용일수 225일, 1일당 평균 8만원(7만원 이상 해당)
2만원 × 45일(225일 − 180일) = 90만원 지급

② 간병인 사용일 및 금액:
2026년 6월 20일 ~ 6월 24일 오전, 6월 25일 오후 ~ 12월 27일, 총 1,146만원 소요
⇒ 총 사용일수 191일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
2만원 × 50% × 11일(191일 - 180일) = 11만원 지급

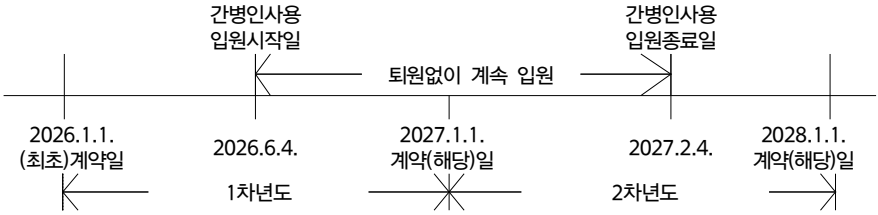
3 제1항 내지 제2항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
4 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

5 제3항의 “사업자”는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

6 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4.~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)

⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2027년) 미지급)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

간병인사용입원생활비(요양병원,연간181일이상) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 연간 181일이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 간병인을 사용한 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.

2 제1항의 “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

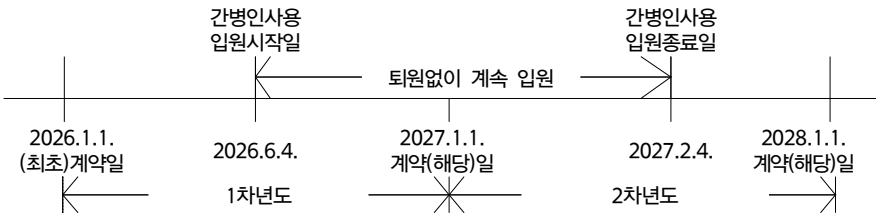
3 이 특별약관에서 “간병서비스”란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

4 제2항의 “사업자”는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

5 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4.~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2027년) 미지급)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

간호간병통합서비스입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관

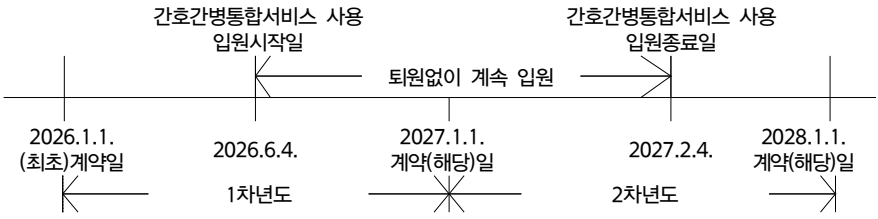
제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원”의 정의)
이 특별약관에서 “요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원”이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일 이상 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간호간병통합서비스사용입원생활비의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.
2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간호간병통합서비스를 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4.~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2027년) 미지급)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간호간병통합서비스사용입원생활비를 지급합니다.
2 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호간병통합서비스사용입원생활비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호간병통합서비스사용입원생활비를 지급하지 않습니다.
3 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.
4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병

통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

4 제2항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

5 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4. ~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개

10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원,연간180일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

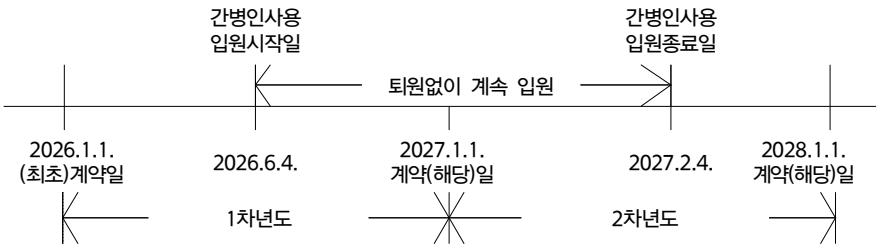
③ 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

④ 제2항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

⑤ 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4. ~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

② 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

간병인사용입원생활비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일 이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 간병인을 사용한 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.
2 제1항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.
3 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

4 제2항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.
5 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4.~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2027년) 미지급)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원,연간181일이상) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 연간 181일이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 간병인을 사용한 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.

2 제1항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

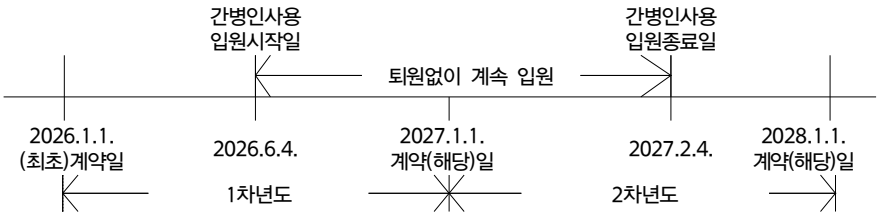
3 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

4 제2항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

5 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4.~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2027년) 미지급)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

간병인사용입원생활비(상급종합병원,연간180일한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“상급종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

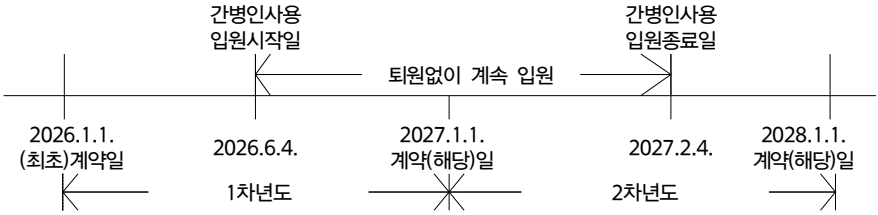
③ 이 특별약관에서 “간병서비스”란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

4 제2항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

5 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4.~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 상급종합병원에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

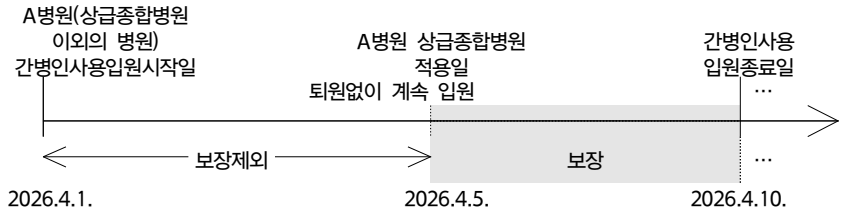
2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

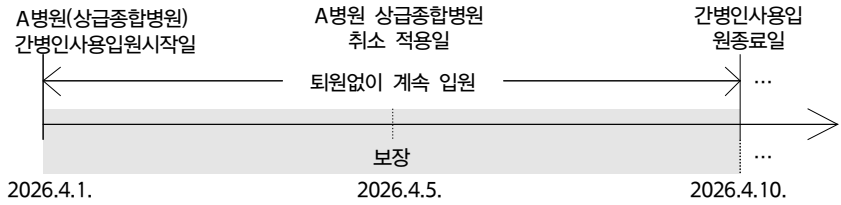
5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



6 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당

서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

암(특정유사암포함)간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증

을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("암(특정유사암포함)의 직접적인 치료"의 정의)

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

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

2 "암(특정유사암포함)의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, "암(특정유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 "암(특정유사암포함)의 직접적인 치료"에 아래 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암(특정유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암(특정유사암포함)"이나 "암(특정유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 아래 사항은 "암(특정유사암포함)의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. "암(특정유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암(특정유사암포함)의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암(특정유사암포함)의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 "암(특정유사암포함)"이나 "암(특정유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 암(특정유사암포함)환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기환자에 대한 치료

[말기환자]
적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준)(【부록】 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

제4조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 그 "암(특정유사암포함)의 직접적인 치료"를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

지급금액		지급 한도
계약일로부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관의 보험가입금액	연간 180일 한도

2 제1항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

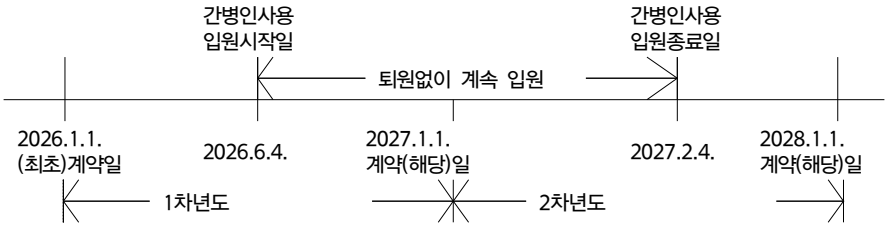
3 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

4 제2항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

5 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4.~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제6조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 "암(특정유사암포함)의 직접적인 치료"를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본

인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

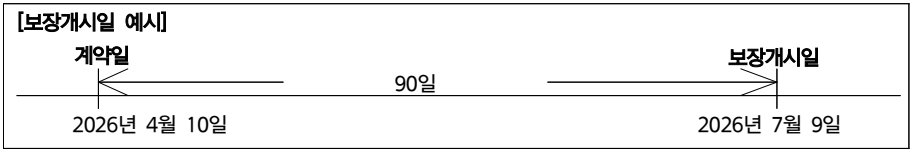
3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

주요순환계질환 I 간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관

제1조("주요순환계질환 I "의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요순환계질환 I "이라 함은 주요순환계질환 I 분류표(【붙임3】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요순환계질환 I "의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "주요순환계질환 I "의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "주요순환계질환 I "의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명

영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요순환계질환Ⅰ"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

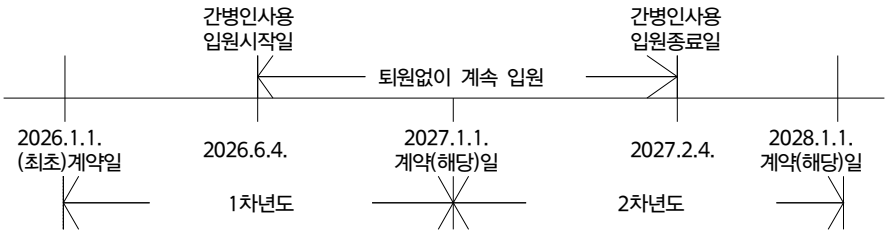
3 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

4 제2항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

5 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2026년 2026.6.4.~2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.1.1.~2027.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)

제5조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 주요순환계질환Ⅰ"의 직접적인 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

② 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다. 단, 제1절. 공통조항 제36조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【붙임2】 악성신생물 분류표

제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 악성신생물로 분류되는 질병은 아래와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임3】 주요순환계질환 Ⅰ 분류표

약관에 규정하는 주요순환계질환 Ⅰ으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 급성 류마티스열	·심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 ·심장 침범이 있는 류마티스열 ·류마티스무도병	I00 I01 I02
2. 만성 류마티스심장질환	·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼첨판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환	I05 I06 I07 I08 I09
3. 심장염증질환	·급성 심장막염 ·심장막의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염 ·상세불명 판막의 심내막염 ·급성 심근염 ·달리 분류된 질환에서의 심근염	I30 I31 I32* I33 I38 I40 I41*
4. 중증 방실차단	·방실차단, 2도 ·완전방실차단 ·기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.1 I44.2 I44.3
5. 부정맥	·발작성 빈맥 ·심방세동 및 조동 ·기타 심장부정맥	I47 I48 I49
6. 특정 동맥혈관 질환	·기타 동맥류 및 박리 ·동맥색전증 및 혈전증 ·동맥 및 세동맥의 기타 장애	I72 I74 I77
7. 문맥혈전증	·문맥혈전증	I81
8. 협심증	·협심증	I20
9. 경증 허혈성심장질환	·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병	I24 I25
10. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환	I26 I27 I28
11. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43*
12. 심부전	·심부전	I50
13. 경증 뇌혈관질환	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 ·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 ·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 ·기타 뇌혈관질환 ·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애 ·뇌혈관질환의 후유증	I64 I65 I66 I67 I68* I69
14. 대동맥동맥류 및 박리	·대동맥동맥류 및 박리	I71

15. 식도정맥류	·식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I85 I98.2* I98.3*
16. 급성심근경색증	·급성 심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23
17. 인공소생에 성공한 심장정지	·인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
18. 뇌출혈	·거미막하출혈 ·뇌내출혈 ·기타 비외상성 두개내출혈	I60 I61 I62
19. 뇌경색증	·뇌경색증	I63

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604 제도성 특별약관

1. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관의 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」 조항에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

3 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

4 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등 주기적으로 운전한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

2 이 특별약관에서 “이륜자동차”라 함은 「자동차관리법」(하위법령, 규칙 포함)에서 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 아래의 장치를 포함합니다. 다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.

1. 「도로교통법」(하위 법령, 규칙 포함)에서 정한 “원동기장치자전거”
2. 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치

3 제2항에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차”는 아래에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

4 제2항 및 제3항의 경우 「자동차관리법」(하위 법령, 규칙 포함) 및 「도로교통법」(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

5 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인지 아닌지는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」 조항에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

1 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 금융회사(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

2 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 금융회사 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 책임있

는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 금융회사의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 「보험계약의 성립」 조항을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)
자동납입일자는 이 계약의 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 대리청구인 지정 서비스 특별약관

제1조(특별약관의 목적)
이 특별약관은 보험수익자의 대리인이 보험금(사망보험금 제외)을 대리하여 청구하고 수령하기 위하여 체결됩니다.

제2조(특별약관의 적용대상)
이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제3조(특별약관의 체결 및 효력)
① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
② 제2조(특별약관의 적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(대리청구인의 지정)
① 계약자는 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나의 방식으로 보험금의 대리청구인(이하 "대리청구인"이라 합니다)을 지정할 수 있습니다.
1. 대리청구인 지정가능 범위에 해당하는 자 중에서 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정 시 대표대리인 지정)을 기명하여 지정(이하 "기명 대리청구인"이라 합니다)
2. 무기명으로 제6조(보험금의 청구) 제1항 제4호의 서류에서 확인할 수 있는 대리청구인을 지정(이하 "무기명 대리청구인"이라 합니다). 단, 지정된 무기명 대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단합니다.

【대리청구인 지정 예시】
· 기명 대리청구인
– 계약자가 기명하여 지정 : (예시) **"김OO"**
· 무기명 대리청구인
– 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지명 : (예시) **가족관계등록부 상 배우자**

【무기명 대리청구인 판단 예시】
· 보험 가입 당시 무기명 대리청구인을 가족관계등록부 상 배우자(당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구하는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B인 경우
→ 해당 시점 대리청구인은 제6조(보험금의 청구) 제1항 제4호로 증명할 수 있는 배우자 B

② 제1항 제1호의 대리청구인 지정가능 범위는 대리청구인이 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다. 또한, 제5조(대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 제6조(보험금의 청구)에 따른 보험

금 청구 시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족. 단, 제1항 2호에 따른 무기명 대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속

3 제1항에 따라 대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 대리청구인 지정 신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 등 계약자와의 관계를 증명할 수 있는 서류
4. 개인정보수집이용동의서

4 제3항에도 불구하고, 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 지정하는 경우에는 제3항 제3호 내지 제4호에 해당하는 서류는 제출하지 않습니다.

5 제1항에도 불구하고, 대리청구인이 지정된 이후에 제2조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제5조(대리청구인의 변경 지정)

1 계약자는 다음의 서류를 제출하고 대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 개인정보수집이용동의서

2 제1항에도 불구하고, 제4조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 변경 지정하는 경우에는 제1항 제3호 내지 제4호의 서류는 제출하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)
4. 피보험자 및 대리청구인의 주민등록등본 및 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(보험금의 지급절차)

1 대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제2조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
1. 제6조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류
2. 제2조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류

2 제1항에도 불구하고, 무기명 대리청구인이 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하는 경우에는 해당 보험금은 보험수익자의 계좌로 지급됩니다. 다만, 2인 이상의 무기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 한 명이 보험금을 청구할 수 있습니다.

3 회사가 보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
4 대리청구인이 가족관계등록부상 배우자였으나 보험금 청구 시점 당시 가족관계등록부상의 배우자가 아닐 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 전자서명 특별약관

제1조(특별약관의 적용대상)
이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)
1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
2 이 특별약관을 통하여 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관의 「약관교부 및 설명의무 등」 조항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.(관련법령【부록】참조)

제3조(약관교부의 특례)
1 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등) 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
2 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수신을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)
1 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수신하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수신할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
3 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 송부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)
이 특별약관은 「보험업감독규정」 제7-55조(생명보험의 사업방법서) 제6호 및 제7-57조(손해보험의 사업방법서) 제1항에 따라 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 보장(이하 "법률연계보장"이라 합니다)에 적용됩니다.

제7-55조(생명보험의 사업방법서)
생명보험회사는 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 생명보험상품별 사업방법서를 작성하려는 경우 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.

6. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 경우 향후 법률 개정 등으로 계약유지 필요가 없어지거나 변동될 가능성을 고려하여 계약내용 변경 가능여부, 안내방법 및 계약내용 변경시 보험료와 계약자적립액 정산에 관한 사항을 명기하여야 한다.

제7-57조(손해보험의 사업방법서)
① 손해보험회사가 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 손해보험상품(연금저축손해보험상품 및 퇴직보험상품을 포함한다)별 사업방법서를 작성하려는 경우 지켜야 할 사항은 제7-55조 및 제7-56조를 준용한다. 다만, 일반손해보험(자동차보험을 포함한다)은 제외한다.

제2조(법률연계보장의 계약내용 변경에 관한 사항)
1 법률연계보장이 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

1. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약을 유지할 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

2 제1항에 따라 변경된 보장내용은 개정법률의 시행일 이후 발생한 보험사고에 대하여 적용합니다.
3 회사는 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
4 회사는 제1항에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.
5 제1항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계약내용 변경 시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
6 회사는 계약체결시 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 아래의 내용을 계약자에게 안내합니다.

1. 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있음
2. 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 계약자적립액 등의 정산으로 계약자가 추가로 납입 또는 반환받을 금액이 발생할 수 있음

제3조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6. 보장특약 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용대상)
이 특별약관은 손해의 보상을 내용으로 하는 이 계약의 다른 특별약관 중 갱신형 특별약관(이하 "보장특약"이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(보장특약의 자동갱신)
1 보장특약이 다음의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 "갱신전 보장특약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신계약일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 보장특약(이하 "갱신후 보장특약"이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내일 것

2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 계약의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것.
4. 갱신전 보장특약이 소멸되지 않을 것

2 제1항에 따라 갱신전 보장특약이 갱신후 보장특약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제3조(보장특약의 보험기간)

1 보장특약의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

2 보장특약의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.

3 갱신후 보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 보장특약의 보험기간이 보장특약의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 보장특약의 보험기간으로 합니다.

4 제2항 및 제3항에도 불구하고 난임치료후산후관리지원금(1회한,기혼자용)(갱신형), 난소과다자극진단비(연간1회한)(갱신형), 난임진단비(미혼자용)(갱신형), 난임진단비(기혼자용)(갱신형), 출산지원금(세부보장별각1회한)(갱신형), 난임치료비Ⅱ(급여인공수정,3회한,기혼자용)(갱신형), 난임치료비Ⅱ(급여체외수정,5회한,기혼자용)(갱신형), 착상확률개선검사비(PGT-A)(1회한,기혼자용)(갱신형), 출산후산후조리원비용(실손)(14일한도)(갱신형), 임신지원금(1회한)(갱신형) 특별약관의 보장종료일은 피보험자의 보험나이 48세 계약해당일로 합니다.

제4조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신후 보장특약에 대하여 갱신전 보장특약의 약관을 적용하며(법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 계약자가 납입하여야 하는 갱신후 보장특약의 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

3 제2항에도 불구하고 제1항의 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된 경우에는 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

4 제3항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신계약일에 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신계약일에 보장특약은 종료됩니다.

5 갱신계약일의 전일까지 제4항의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신계약일 현재의 약관에 대해 90일 이내에 그 보장특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신계약일 이후 납입한 갱신후 보장특약의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(갱신후 보장특약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

1 계약자가 보통약관의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장특약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 보장특약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 보통약관의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제됩니다.

2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제6조(갱신후 보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)에 따라 보장특약이 갱신되는 경우, 갱신후 보장특약의 보장은 갱신계약일로부터 개시됩니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7. 특정신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)
1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
2 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 회사의 계약사정기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 회사는 보장제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
3 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관의 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」 조항에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
4 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
5 이 특별약관이 부가되는 경우 보통약관 및 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 아래의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
   1. 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
   2. 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용)
1 이 특별약관에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 질병으로 인하여 사망하거나 또는 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해로 보험금 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
   1. 【별표140】(특정 신체부위·질병 분류표) “가. 특정 신체부위” 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 “특정부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
   2. 【별표140】(특정 신체부위·질병 분류표) “나. 특정질병” 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)
2 제1항의 “보험금을 지급하지 않는 기간”(이하 “부담보 기간”이라 합니다)은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1개월부터 5년” 또는 “보통약관의 보험기간”(단, 보통약관이 갱신형 계약인 경우 최초계약일로부터 최종 갱신계약의 종료일까지의 기간)으로 합니다. 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 「보험업법」 제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위) 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위) 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 “유사계약”이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 않을 수 있습니다.

4 제2항에서 부담보 기간을 “보통약관의 보험기간”으로 지정한 경우 청약일부터 5년(보통약관이 갱신형 계약인 경우 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 제1항 제1호 또는 제2호의 질병으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없을 경우 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 보장하여 드립니다. 단, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 “보통약관의 보험기간”으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

5 제4항의 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없는 경우는 다음 각호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

6 제4항의 “청약일부터 5년”이라 함은 보통약관의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 따른 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우

8 피보험자가 회사에서 정한 부담보 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 부담보 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

9 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 사유가 특정부위에 발생한 질병 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

10 제1항의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

1 회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」 조항에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

2 제1항에 의해 이 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제3항 및 제4항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

8. 보험소비자 민생안정 보험료 납입유예 특별약관

제1조(특별약관의 적용대상)

1 이 특별약관은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날 이후에 피보험자가 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우 적용됩니다.

1. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 하게 된 경우
2. 「고용보험법」 제2조(정의) 제4호에 따른 “실업의 인정”을 받은 경우

[육아휴직]
육아휴직이란 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조(육아휴직)에 따라 임신 중인 여성 근로자나, 근로자가 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.

[육아기 근로시간 단축]
육아기 근로시간 단축이란 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조의2(육아기 근로시간 단축)에 따라 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

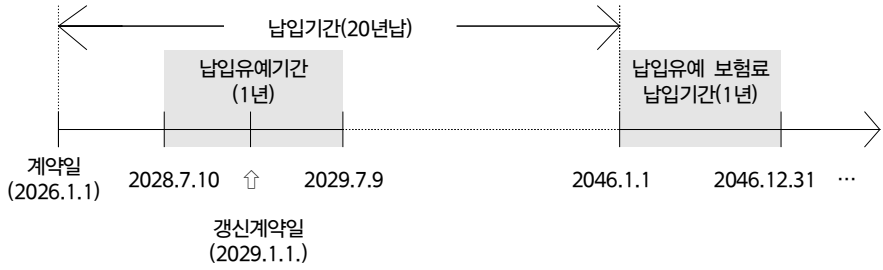
[실업의 인정]
「고용보험법」 제2조(정의) 제4호에 따른 "실업의 인정"으로, 직업안정기관의 장이 같은 동법 제43조에 따른 수급자격자가 실업한 상태에서 적극적으로 직업을 구하기 위하여 노력하고 있다고 인정하는 것을 말합니다.

2 제1항 제1호의 출산의 경우 출산일로부터 1년 이내, 육아휴직(육아기 근로시간 단축)은 휴직(단축근로)을 하고 있는 해당기간 내에 신청이 가능합니다.
3 제1항 제1호의 출산은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.
4 제1항 제2호의 경우 "실업의 인정"을 받고 있는 기간 내에 신청이 가능합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)
1 이 특별약관은 보험계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보험계약은 "해당계약"이라 합니다)
2 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(보험료 납입유예에 관한 사항)
1 계약자는 "납입유예 가능 시점(보험계약일로부터 1년이 지난 이후)"부터 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하 "납입유예"라 합니다)를 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 신청할 수 있습니다. 이 경우 계약자는 보험료의 납입이 유예된 기간(이하 "납입유예기간"이라 합니다)동안 보험료를 납입하지 않을 수 있으며, 납입유예기간은 1년으로 합니다. 단, 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 납입유예 신청이 가능합니다.
2 제1항에서 납입유예 이후의 보험료 납입기일 및 납입완료시점은 납입유예기간만큼 연기됩니다. 이 경우 계약자는 납입유예기간 동안 납입하지 않은 보험료(이하 "납입유예 보험료"라 합니다.)를 납입유예에 따라 연기된 보험료 납입기일까지 납입해야 합니다. 보험료 납입기일 및 납입완료시점은 보통약관을 기준으로 산정하며, 납입유예기간만큼 연기된 납입완료시점은 해당 계약의 보험기간 종료일을 초과할 수 없습니다.
3 제2항에도 불구하고, 납입유예기간 중에 갱신형 특별약관의 갱신계약일 도래 시, 갱신계약일 이후 납입유예기간의 "납입유예 보험료"는 갱신후 보험료로 합니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 적립보험료의 경우 보험료 납입유예를 적용하지 않으며, 납입유예기간 동안 적립보험료 납입을 중지합니다.

[보험료 납입유예에 대한 예시]
보통약관(비갱신형) 납입기간 20년, 갱신형 특별약관 갱신주기 3년(전기납), 납입기일 매월1일 기준



구분	납입보험료	납입유예기간 (1년)	납입유예 보험료 납입기간(1년)	납입유예 보험료
보통약관 및 비갱신형 특별약관	보장보험료 : 10만원 적립보험료 : 1만원	2028.7.10. ~ 2029.7.9.	2046.1.1.~ 2046.12.31. 매월 납입기일에 납입(12회)	보장보험료 : 10만원 적립보험료 : 0원(납입유예기간 납입중지)
갱신형 특별약관	갱신전 보장보험료 : 2만원 갱신후 보장보험료 : 3만원	2028.7.10. ~ 2029.7.9.	2046.1.1.~ 2046.12.31. 매월 납입기일에 납입(12회)	갱신전 보장보험료 : 2만원 x 5회 갱신후 보장보험료 : 3만원 x 7회

5 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우, 계약자는 즉시 납입유예 보험료를 일시납입하여야 하며, 납입하지 않을 경우 제4조(납입유예 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)에 의해 해지될 수 있습니다. 또한, 이미 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 납입면제 사유가 발생하여 보험료가 납입면제 된 경우에는 납입유예를 신청할 수 없습니다. 단, 보통약관 제3절. 납입면제조항 제13조의2(보험료의 납입면제(1종)) 제3항 및 제13조의3(보험료의 납입면제(2종)) 제3항에서 정한 납입면제 사유가 발생하여 보험료가 납입면제 된 경우에는 납입면제 기간이 지난 후에 납입유예를 신청할 수 있습니다.

6 제5항에도 불구하고 납입유예기간 중 납입면제사유 발생으로 납입유예 보험료를 일시납입해야 하는 경우, 납입유예 보험료는 납입면제사유 발생전 까지의 보험료를 대상으로 합니다.

7 계약자는 납입유예기간 동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 납입유예기간 동안의 납입유예 보험료를 취소 신청일에 일시납입하여야 합니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 계약상의 보험료 납입기일까지 해당 보험료를 납입하여야 합니다.

8 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 문자메시지 등의 방법으로 안내하고, 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 계약상의 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.

9 회사는 납입유예 보험료를 납입유예에 따라 연기된 보험료 납입기일 동안의 납입보험료로 충당하며, 납입유예기간동안 보험료 납입시와 동일하게 보장합니다. 단, 계약의 해지, 소멸 등 해약환급금, 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우 회사는 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료를 차감하거나, 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료의 일시납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야합니다.

10 회사는 납입유예 시작일부터 보통약관 기준 보험료 납입기간 종료일까지 1년이 남지 않은 경우에는 보통약관 납입기간 종료일까지 납입을 유예 하여 드리며, 납입유예기간은 납입유예 시작일부터 보통약관 납입기간 종료일까지의 기간으로 합니다.

제4조(납입유예 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

① 계약자가 납입유예 보험료를 연기된 보험료 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액 및 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료가 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 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 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급하며, 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 납입유예 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금, 해약환급금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(보험료 납입유예 신청시 구비서류)
계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입유예를 신청 할 수 있습니다. 단, 계약자는 보험료 납입유예를 신청 할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
2. 각 신청사유에 해당함을 확인할 수 있는 서류
   가. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서, 육아휴직(육아기 근로시간 단축) 확인서 등
   나. 「고용보험법」 제2조(정의) 제4호에 따른 “실업의 인정”을 받은 경우 : 고용보험 수급자격증
3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

9. 가입 후 무사고 고객 계약전환Ⅱ 특별약관

제1조(특별약관의 목적)
이 특별약관은 보험계약 체결 이후 피보험자의 위험이 감소 되어 “무사고 기간”이 변경된 경우, 이 특별약관에서 정하는 바에 따라 이 특별약관이 부가되는 상품 내에서 피보험자의 건강상태에 부합하는 종으로 전환하여, 이후 보험기간에 대해 보험료를 변경하고 최초 계약체결시점과 동일한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제2조(계약전환 적용대상)
① 이 특별약관은 아래 조건을 모두 충족한 계약의 계약자가 아래 제4조(계약전환 안내 및 계약전환의 신청)에 따라 계약전환을 신청하고 회사가 정한 절차에 따라 이 특별약관이 부가되는 상품 내에서 피보험자의 건강상태에 부합하는 형으로 계약을 전환하는 경우에 적용합니다.

1. 전환신청 시 전환전 계약의 보험료가 정상적으로 납입 된 유효한 계약
2. 피보험자의 무사고 기간이 변경되어 위험이 감소된 계약
3. 전환전 계약이 6형(건강고지형Ⅱ(10년)) 계약이 아닐 것
4. 특별조건부 표준하체보험료할증 적용 계약이 아닐 것

② 회사는 제1항의 내용을 확인하여 계약전환을 승낙 또는 거절 할 수 있으며, 회사가 계약전환을 거절한

경우에는 기존계약이 유지됩니다.

제3조(“무사고” 및 “무사고 기간”의 정의)

1 이 특별약관에서 “무사고”라 함은 아래를 모두 충족하는 경우를 말합니다.

1. 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약의 계약일) 이후에 질병이나 상해로 인하여 입원 또는 수술을 받지 않은 경우
2. 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약의 계약일) 이후에 “중대질환”으로 진단확정되지 않았고 입원 또는 수술도 받지 않은 경우

2 제1항의 “중대질환”이라 함은 “계약 전 알릴 의무”를 위해 청약서에서 질문한 사항에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 “무사고 기간”이라 함은 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약 계약일)부터 제1항에서 정한 “무사고” 상태가 계속하여 유지되는 기간을 말합니다. “무사고 기간”의 산정은 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 보험기간 시작일)부터 그날을 포함하여 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지를 기준으로 합니다.

제4조(계약전환 안내 및 계약전환의 신청)

1 회사는 계약자에게 “계약해당일” 이전까지 계약전환 요건, 계약전환 절차 및 계약전환 신청 의사 여부를 확인하는 내용 등을 문자메시지 등으로 안내합니다.

2 제1항의 “계약해당일”이란 최초 보험계약 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 날을 말하며 최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

3 계약전환의 신청은 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 1년이 경과한 날부터 가능하며, 신청기한은 최초계약 체결 시 가입한 건강고지 유형에 따라 아래와 같이 적용합니다.

최초계약 체결 시 가입한 건강고지 유형	계약전환 신청기한
1형(일반고지형)	최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 8년이 경과한 날 이전까지
2형(건강고지형Ⅱ(6년))	최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 7년이 경과한 날 이전까지
3형(건강고지형Ⅱ(7년))	최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 6년이 경과한 날 이전까지
4형(건강고지형Ⅱ(8년))	최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 5년이 경과한 날 이전까지
5형(건강고지형Ⅱ(9년))	최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 4년이 경과한 날 이전까지
6형(건강고지형Ⅱ(10년)	계약전환 불가

4 제3항에서 정한 계약전환 신청기한 내에 회사가 계약자의 계약전환 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 계약전환 의사가 없는 것으로 봅니다.

제5조(계약전환의 적용)

1 회사가 계약전환을 승낙하여 계약이 전환된 경우 “전환후 계약”은 제3조(“무사고” 및 “무사고 기간”의 정의)에서 정한 “무사고 기간”에 따라 아래 계약으로 적용됩니다.

【“무사고 기간”별 전환가능계약 예시】

<table>
<tr><th rowspan="2">전환전계약
(계약체결시)</th><th colspan="5">전환가능계약</th></tr>
<tr><th>무사고기간
1년</th><th>무사고기간
2년</th><th>무사고기간
3년</th><th>무사고기간
4년</th><th>무사고기간
5년이상</th></tr>
<tr><td>1형
일반고지형</td><td>2형
건강고지형Ⅱ
(6년)</td><td>3형
건강고지형Ⅱ
(7년)</td><td>4형
건강고지형Ⅱ
(8년))</td><td>5형
건강고지형Ⅱ
(9년)</td><td>6형
건강고지형Ⅱ
(10년)</td></tr>
<tr><td>2형
건강고지형Ⅱ(6년)</td><td>3형
건강고지형Ⅱ
(7년)</td><td>4형
건강고지형Ⅱ
(8년)</td><td>5형
건강고지형Ⅱ
(9년)</td><td colspan="2">6형
건강고지형Ⅱ(10년)</td></tr>
<tr><td>3형
건강고지형Ⅱ(7년)</td><td>4형
건강고지형Ⅱ
(8년)</td><td>5형
건강고지형Ⅱ
(9년)</td><td colspan="3">6형
건강고지형Ⅱ(10년)</td></tr>
<tr><td>4형
건강고지형Ⅱ(8년)</td><td>5형
건강고지형Ⅱ
(9년))</td><td colspan="4">6형
건강고지형Ⅱ(10년)</td></tr>
<tr><td>5형
건강고지형Ⅱ(9년))</td><td colspan="4">6형
건강고지형Ⅱ(10년)</td><td>전환불가</td></tr>
<tr><td>6형
건강고지형Ⅱ(10년)</td><td colspan="5">전환가능계약 없음</td></tr>
</table>

2 위 제1항에 따라 계약전환이 되는 경우 “전환후 계약”은 아래에서 정한 사항에 대해 “전환전 계약”과 동일한 내용으로 전환됩니다.

1. 보장내용
2. 갱신/비갱신 유형
3. 납입면제 운영에 관한 사항
4. 해약환급금지급 유형에 관한 사항 등
5. 건강고지유형을 제외한 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

3 “전환전 계약”에서 보통약관 및 특별약관의 소멸사유가 발생한 경우에는 해당 보통약관 및 특별약관은 계약전환이 불가능합니다.(세부 보장별 소멸사유가 있는 경우에는 소멸사유가 있는 해당 세부 보장은 계약전환이 불가능합니다.) 또한, “전환전 계약”에서 해당 보통약관 및 특별약관이 소멸하여 이미 효력이 없음에도 불구하고 계약전환이 이루어진 경우에는 해당 특별약관을 무효로 하며 효력이 없어진 이후 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료는 환급합니다.

4 “전환후 계약”의 적용일은 회사의 계약전환 신청 승낙 후 최초 도래하는 보험료 납입일로 합니다.

제6조(계약전환에 관한 세부규정)

1 “전환후 계약”의 적용일 부터 납입하는 보험료가 변경되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 방법에 따라 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 정산금액(이하 “정산금액”이라 함)이 발생할 수 있으며 회사는 정산금액이 발생한 경우 환급합니다.

2 제1항에 따라 회사가 지급하여야 할 금액은 정산금액과 이에 대한 이자(정산금액을 계약전환 적용일부터 지급일 까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.

3 회사는 제1항 내지 제2항에 따라 보험료 변경 및 정산금액 등을 환급하였으나 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 “무사고”의 판별 기준이 되는 사고를 알리지 않은 경우, 계약전환을 무효로 하며 “전환 전 계약”이 계속 유지되는 것으로 합니다.

4 제2항에 따라 계약전환이 무효가 된 경우에는 위 제1항에 따라 환급 받았던 정산금액과 이자(이하 “추징액”이라 함)가 추징되며, “전환 전 계약”의 유지를 위한 보험료 증액의 추가납입을 요구할 수 있으며 계약자는 이를 정상적으로 납입하여야 합니다.

5 회사는 제4항의 보험료 증액의 추가납입 및 추징액이 연체되는 경우에는 계약의 보험금 지급사유 발생시 해당금액을 보험금에서 삭감한 후 지급합니다.

6 최초계약의 “계약 전 알릴 의무”, “계약 후 알릴 의무”, “알릴 의무 위반의 효과” 및 “사기에 의한 계

약” 조항은 전환 후 계약에서도 효력이 계속됩니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

10. 특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)
1 이 특별약관은 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않은 경우에 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보험계약은 “해당계약”이라 합니다)
2 이 특별약관의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
3 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(특별약관의 내용)
이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중에 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건(할증보험료법))
1 이 특별약관에 의하여 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.
1. 회사는 계약체결시 표준체보험료에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 “특별약관보험료”를 더하여 해당계약의 납입보험료로 합니다. 이 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에서 정한 보험금을 지급합니다.
2. 제1호의 “특별약관보험료”라 함은 할증위험률을 적용해 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다. 해당계약이 갱신되는 경우에는 갱신시점의 표준체 보험요율을 기준으로 “특별약관보험료”도 재산출합니다.

[할증위험률을 적용해 산출한 보험료]
피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 부합하지 않아 일반위험률보다 높은 위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.

[표준체보험료]
할증위험률의 가입조건(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)과 동일한 기준에서, 일반위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약체결시 해당계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다..

제4조(특별약관의 보험기간 및 보험료의 납입)
1 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.
2 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

11. 난자동결보존시술비 선지급 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)
이 특별약관은 이 계약의 피보험자가 이 상품에 운영중인 아래의 보장(이하 “적용대상 보장”이라 합니다) 중 한 가지 이상의 보장의 피보험자에 해당되며, 해당 보장이 유효한 계약에 대하여 적용합니다.

구분	적용대상 보장
항암보장	암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한), 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당), 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한), 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당), 암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여), 여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(세부보장별각1회한), 하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한), 하이클래스Ⅲ특정유사암항암방사선치료비(연간1회한), 하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한), 하이클래스Ⅲ특정유사암항암약물치료비(연간1회한), 여성생식기관암항암약물치료비(치료1회당), 여성생식기관암항암방사선치료비(치료1회당), 유방암항암약물치료비(치료1회당), 유방암항암방사선치료비(치료1회당), 특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한), 특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한), 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한), 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한), 유방암표적항암약물허가치료비(1회한), 유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한), 유방암표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형), 유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형), 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한), 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한), 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)
수술보장	자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)

※ 해당 “항암보장” 및 “수술보장”의 갱신형도 포함합니다.

제2조(“암(4대유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)”이라 함은 제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)에서 정한 “항암보장”의 보장개시일 이후에 진단확정된 “암(4대유사암포함)”을 말하며, “암(4대유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표14】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조("자궁및난소특정질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "자궁및난소특정질환"이라 함은 제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)에서 정한 "수술보장" 보장개시일 이후에 진단확정된 자궁및난소특정질환 분류표(【별표143】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "자궁및난소특정질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조("난자동결보존시술"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "난자동결보존시술"이라 함은 난임 또는 불임이 발생할 것을 우려하여, 가임력 보존을 목적으로 생식세포를 보존해 주는 시술을 말합니다.
2 제1항의 생식세포라 함은 다음 각 호의 사항을 포함합니다.
1. 난소 조직
2. 난자
3. 배아

3 이 특별약관에서 "난자동결보존시술"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 시행되어야 합니다.

제5조(선지급 보험금의 지급사유)
1 회사는 "항암보장" 특별약관에 가입한 피보험자가 "암(4대유사암포함)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 해당 "항암보장" 특별약관의 "보험금의 지급사유"에 해당하는 치료를 받을 예정임을 입증하고, 피보험자가 가임력 보존을 목적으로 난자동결보존시술을 한 경우 해당 "항암보장" 특별약관에서 정한 보험금의 50%를 선지급 합니다.
2 회사는 "수술보장" 특별약관에 가입한 피보험자가 "자궁및난소특정질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 해당 "수술보장" 특별약관의 "보험금의 지급사유"에 해당하는 치료를 받을 예정임을 입증하고, 피보험자가 가임력 보존을 목적으로 난자동결보존시술을 한 경우 해당 "수술보장" 특별약관에서 정한 보험금의 50%를 선지급 합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고 선지급 이후 적용대상 보장에서 정한 보험금을 지급하는 경우 선지급 보험금을 차감한 금액을 지급하며, 선지급하는 보험금은 최대 200만원을 한도로 합니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 이 계약의 피보험자가 이 상품에 운영 중인 적용대상 보장 중 한 가지 이상의 보장의 피보험자에 해당되는 경우, 선지급은 1회만 적용되며, 가장 높은 보험금을 기준으로 지급합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
   1. 청구서(회사 양식)
   2. 사고증명서(진단서, 난자동결보존시술확인서, 의사소견서(항암치료 또는 수술시행 예정일 필수기재), 진료비계산서 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

12. 난임치료 관련 보장 예약가입 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 난임치료비Ⅱ(급여인공수정) 예약가입(미혼자용)Ⅱ
2. 난임치료비Ⅱ(급여체외수정) 예약가입(미혼자용)Ⅱ
3. 착상확률개선검사비(PGT-A) 예약가입(미혼자용)Ⅱ
4. 난임치료후산후관리지원금 예약가입(미혼자용)Ⅱ

제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)
1 계약자는 최초 계약체결 시에 이 특별약관 중 가입한 세부보장에 한하여 해당 "예약가입 대상 보장" 가입을 예약할 수 있습니다.
2 "예약가입 대상 보장"은 최초 계약체결 시에 피보험자가 미혼 여성(법적혼인상태(국내법상 혼인관계가 유효한 경우)가 아닌 여성)이고, 난임진단비(미혼자용)(갱신형) 특별약관을 가입한 경우에 한하여 가입이 가능합니다.
3 이 특별약관의 세부보장 각각에 대한 "예약가입 대상 보장"은 아래와 같습니다.

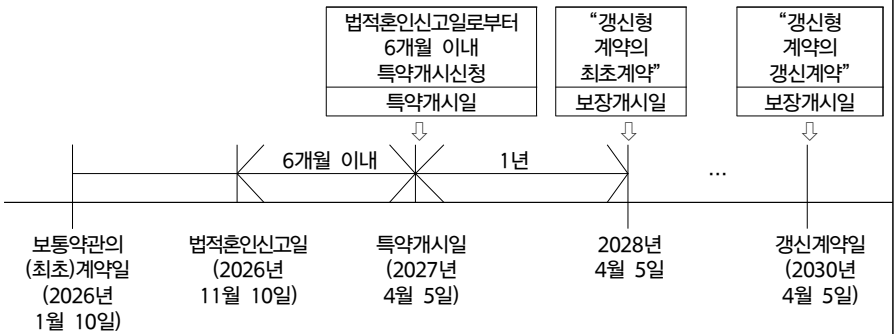
이 특별약관의 세부보장	예약가입 대상 보장
난임치료비Ⅱ(급여인공수정) 예약가입(미혼자용)Ⅱ	난임치료비Ⅱ(급여인공수정,3회한,기혼자용)(갱신형)
난임치료비Ⅱ(급여체외수정) 예약가입(미혼자용)Ⅱ	난임치료비Ⅱ(급여체외수정,5회한,기혼자용)(갱신형)
착상확률개선검사비(PGT-A) 예약가입(미혼자용)Ⅱ	착상확률개선검사비(PGT-A)(1회한,기혼자용)(갱신형)
난임치료후산후관리지원금 예약가입(미혼자용)Ⅱ	난임치료후산후관리지원금(1회한,기혼자용)(갱신형)

제2조(특약개시의 신청)
1 계약자 또는 피보험자는 피보험자의 법적혼인신고일로부터 6개월 이내에 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 회사에 통지하여 "예약가입 대상 보장"의 특약개시를 신청할 수 있으며, 특약개시를 신청한 날을 해당 "예약가입 대상 보장"의 보험기간 시작일(이하 "특약개시일"이라 함)로 합니다. 다만, 계약이 해지(납입을 연체하여 해지된 경우 포함)된 경우 또는 보험료 납입 연체가 있는 경우 특약개시를 신청할 수 없습니다.
2 계약자는 "예약가입 대상 보장"에 대한 보험료를 특약개시일 후 최초로 도래하는 보험료 납입해당일부터 납입하여야 합니다.
3 제1항에도 불구하고 특약개시 신청 당시 유효한 계약에 한하여 계약자 또는 피보험자는 특약개시를 신청할 수 있으며, 피보험자의 법적혼인사실을 통지하지 않거나 법적혼인신고일로부터 6개월 후 통지한 경우에는 이 특별약관을 무효로 합니다.

제3조(특약개시에 관한 세부규정)
1 회사는 "예약가입 대상 보장"에 대하여 "예약가입 대상 보장"별로 최초계약의 보험기간이 시작되는 시점의 기초율을 적용하여 최초계약 보험료를 계산합니다. 이 경우 보험료는 나이의 증가, 기초율의 변동 등의 사유로 계약체결시 계산한 보험료에서 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2 “예약가입 대상 보장”의 보장개시일은 해당 특별약관을 따르며, 해당 특별약관에서 (최초)계약일은 “예약가입 대상 보장”의 특약개시일을 말합니다.

[단입치료후산후관리지원금(1회한,기혼자용)(갱신형)이 “예약가입 대상 보장”인 경우 예시(갱신주기 3년 기준)]



제4조(특약개시 신청시 구비서류)

계약자는 특약개시를 신청할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 혼인관계증명서
2. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(특약 개시기준 적용나이)

1 이 특별약관에서 특약개시일 당시의 피보험자의 나이는 특약개시일 당시의 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 특약개시해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

2 1항의 특약개시해당일은 특약개시일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 특약개시해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 특약개시해당일로 합니다.

[특약 개시기준 적용나이의 계산 예시]
생년월일 : 1996년 7월 2일, 특약개시일 : 2026년 1월 10일
⇒ 2026년 1월 10일 − 1996년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

13. 가정폭력등으로인한 법률비용 예약가입 특별약관

이 특별약관은 아래의 세부보장에 대하여 적용합니다.
- 법률비용패키지(가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형) 예약가입)Ⅱ
- 가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형) 예약가입Ⅱ

제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)

1 계약자는 최초 계약체결 시에 이 특별약관 중 가입한 세부보장에 한하여 해당 “예약가입 대상 보장” 가입을 예약할 수 있습니다.

2 “예약가입 대상 보장”은 최초 계약체결 시에 피보험자가 미혼자(법적혼인상태(국내법상 혼인관계가 유효한 경우)가 아닌 사람)인 경우에 한하여 가입이 가능합니다.

3 이 특별약관의 세부보장 각각에 대한 “예약가입 대상 보장”은 아래와 같습니다.

이 특별약관의 세부보장	예약가입 대상 보장
법률비용패키지(가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형) 예약가입Ⅱ	법률비용패키지(가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형))
가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형) 예약가입Ⅱ	가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형)

제2조(특약개시의 신청)

1 계약자 또는 피보험자는 피보험자의 법적혼인신고일로부터 6개월 이내에 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 회사에 통지하여 "예약가입 대상 보장"의 특약개시를 신청할 수 있으며, 특약개시를 신청한 날을 해당 "예약가입 대상 보장"의 보험기간 시작일(이하 "특약개시일"이라 함)로 합니다. 다만, 계약이 해지(납입을 연체하여 해지된 경우 포함)된 경우 또는 보험료 납입 연체가 있는 경우 특약개시를 신청할 수 없습니다.

2 계약자는 "예약가입 대상 보장"에 대한 보험료를 특약개시일 후 최초로 도래하는 보험료 납입해당일부터 납입하여야 합니다.

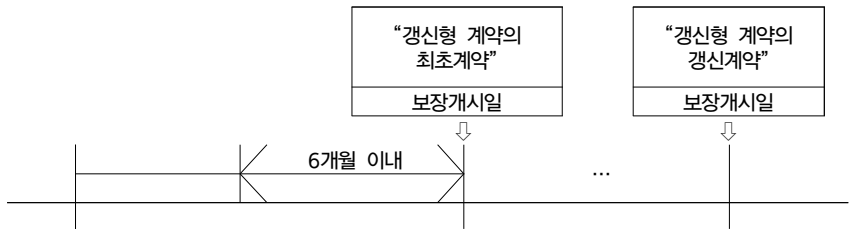
3 제1항에도 불구하고 특약개시 신청 당시 유효한 계약에 한하여 계약자 또는 피보험자는 특약개시를 신청할 수 있으며, 피보험자의 법적혼인사실을 통지하지 않거나 법적혼인신고일로부터 6개월 후 통지한 경우에는 이 특별약관을 무효로 합니다.

제3조(특약개시에 관한 세부규정)

1 회사는 "예약가입 대상 보장"에 대하여 "예약가입 대상 보장"별로 최초계약의 보험기간이 시작되는 시점의 기초율을 적용하여 최초계약 보험료를 계산합니다. 이 경우 보험료는 나이의 증가, 기초율의 변동 등의 사유로 계약체결시 계산한 보험료에서 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2 "예약가입 대상 보장"의 보장개시일은 해당 특별약관을 따르며, 해당 특별약관에서 (최초)계약일은 "예약가입 대상 보장"의 특약개시일을 말합니다.

[가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형)이 "예약가입 대상 보장"인 경우 예시(갱신주기 3년 기준)]



제4조(특약개시 신청시 구비서류)

계약자는 특약개시를 신청할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 혼인관계증명서
2. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(특약 개시기준 적용나이)

1 이 특별약관에서 특약개시일 당시의 피보험자의 나이는 특약개시일 당시의 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 특약개시해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

2 1항의 특약개시해당일은 특약개시일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 특약개시해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 특약개시해당일로 합니다.

[특약 개시기준 적용나이의 계산 예시]
생년월일 : 1996년 7월 2일, 특약개시일 : 2026년 1월 10일
⇒ 2026년 1월 10일 − 1996년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

14. 출산육아휴직 보험료 납입유예 특별약관

제1조(목적)
이 특별약관은 회사가 별도로 정하는 보험상품에 대하여 보험계약(보통약관 및 특별약관을 포함합니다)의 보험료 납입을 유예하는 것을 목적으로 합니다.

제2조(용어의 정의)
1 이 특별약관에서 "해당계약"이라 함은 이 특약이 부가된 보험계약을 말합니다. 이때, 보험계약은 계약에 부가된 모든 보장성보험을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "해당계약 보험료"라 함은 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 보험료(이하 "보험료"라 합니다)를 말합니다. 단, 보험료의 대체납입으로 인하여 적립부분 계약자적립액에서 대체 납입하기로 약정한 보험료는 제외합니다.

제3조(보험료 납입유예 신청대상에 관한 사항)
1 이 특별약관은 해당계약의 계약자가 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.
1. 계약자 또는 계약자의 배우자(보험료 납입유예 신청일 기준 가족관계증명서 또는 주민등록등본상의 배우자로 하며, 이하 같습니다)의 출산일로부터 1년 이내인 경우. 이 때, 출산은 유산 및 사산은 포함하지 않습니다.
2. 계약자 또는 계약자의 배우자가 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 기간 중인 경우

2 제1항 제2호의 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)은 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 및 「국가공무원법」 등 관계 법령에서 정한 바에 따르며, 해당 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 적용대상의 기준이 변경된 경우에는 보험료 납입유예 신청 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

[육아휴직]
「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」제19조(육아휴직), 「국가공무원법」제71조(휴직) 등에 따라 근로자 또는 공무원이 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.

[육아기 근로시간 단축]
「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」제19조의2(육아기 근로시간 단축), 「국가공무원법」 제26조의2(근무시간의 단축임용등) 등에 따라 근로자 또는 공무원이 만12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

제4조(보험료 납입유예 신청에 관한 사항)
1 계약자는 해당계약 보통약관의 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 계약자가 제3조(보험료 납입유예 신청대상에 관한 사항)에 따른 적용대상에 해당하는 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하 "납입유예"라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 이때, 계약자는 납입유예 신청 시 보험료 납입이 유예될 기간(이하 "납입유예기간"이라 합니다)을 "6개월 또는 12개월" 중 하나의 기간으로 선택해야 합니다. 이때 납입유예기간은 해당계약 보통약관의 보험료 납입주기 이상으로 선택하여야 합니다.

[보험료 납입주기에 따른 납입유예기간 예시]
보통약관의 보험료 납입주기가 "연납"인 경우에는 납입유예기간은 12개월에 한하여 선택이 가능합니다.

2 계약자는 납입유예 신청 시 다음 각 호에 해당하는 서류를 제출하여야 합니다.
1. 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
2. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 확인할 수 있는 서류
가. 출산 : 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서
나. 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 확인서, 주민등록등본, 가족관계증명서
3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

3 제1항 내지 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 납입유예를 신청할 수 없습니다.
1. 이미 납입유예를 신청한 경우(제5조(보험료 납입유예에 관한 사항) 제8항에 따라 취소한 경우 및 다른 제도성 특별약관을 통해 납입유예를 신청한 경우를 포함)
2. 해당계약의 보통약관 보험료 납입이 완료된 계약(보통약관의 보험료가 납입면제된 계약 및 보통약관의 보험료 납입기간이 지난 계약을 포함) 또는 보통약관의 보험료 의무납입이 종료된 계약
3. 납입면제사유 발생 시 보험료 납입기간 일부에 대한 보험료를 납입면제하는 일부기간 납입면제(이하 “단기납입면제”라 합니다) 사유가 발생하고, 그 단기납입면제의 종료 후 보험료납입이 재개된 계약
4. 보험료 납입연체가 있는 경우. 다만, 연체된 보험료를 모두 납입한 경우 납입유예 신청이 가능합니다.
5. 보험료 납입 일시중지, 자동대출납입 또는 전액자동대체납입이 적용된 계약
6. 중도인출 또는 보험계약대출이 적용된 계약
7. 해당계약 보통약관의 잔여 납입기간(보통약관이 갱신형인 경우 보통약관 갱신일까지의 잔여 납입기간)이 2년 미만인 경우. 단, 보통약관의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우에 해당되는 경우, 6개월 납입유예는 신청이 가능합니다.
8. 납입유예기간 동안 납입하지 않을 해당계약 보험료(이하 “납입유예 보험료”라 합니다) 총액이 납입유예 신청 시점 해당계약의 해약환급금(단, 보험료의 대체납입으로 인하여 적립부분 계약자적립액에서 대체납입 예정인 보험료가 있는 경우 해당 금액을 해약환급금에서 차감합니다)을 초과하는 경우. 단, ‘납입유예기간 중 갱신형보험의 갱신일이 도래하여 납입유예기간 동안 납입유예 보험료가 해당계약의 해약환급금을 초과하는지 판단할 수 없는 경우’에는 납입유예 신청일 기준의 갱신형 보험의 요율에서 갱신시 연령증가분만 반영하여 초과 여부를 판단합니다.
9. 납입유예기간 동안 적립부분 계약자적립액에서 대체납입 예정인 보험료가 적립부분 계약자적립액을 초과하는 날이 있는 경우

4 계약자가 이 특별약관에 따라 해당계약에 대한 납입유예를 신청한 경우(제5조(보험료 납입유예에 관한 사항) 제8항에 따라 취소한 경우 포함) 납입유예를 신청한 날로부터 해당계약의 보험료 납입을 유예하는 다른 제도성 특별약관의 납입유예는 신청할 수 없습니다.

제5조(보험료 납입유예에 관한 사항)

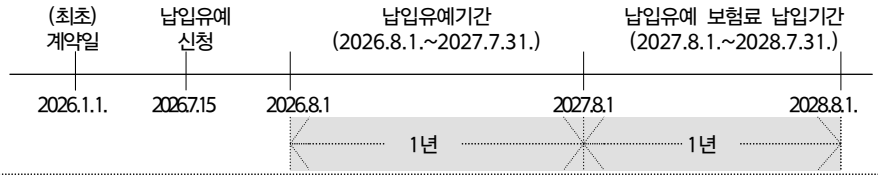
1 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 해당계약의 납입기일부터 납입유예기간동안 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 보험료의 납입유예기간동안 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장하고, 계약자적립액 등을 계산합니다.

2 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일부터 납입유예기간과 동일 기간(이하 ‘납입유예 보험료 납입기간’라 합니다)동안 납입유예 보험료를 납입해야 합니다. 이때, 납입유예 신청 전의 해당 기간 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 보험료(이하 ‘납입유예 보험료 납입기간 정상보험료’라 합니다)를 함께 납입해야 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 적립보험료의 경우 보험료 납입유예를 적용하지 않습니다. 납입유예기간 동안 적립보험료는 납입을 중지하며, 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일로부터 해당 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 적립보험료의 납입을 재개합니다.

4 제2항에서 납입유예기간 중 해당계약 갱신형보험의 갱신일 도래시, 갱신형보험의 납입유예보험료는 갱신일 이전기간에 대해서는 갱신 전 보험료, 갱신일 이후 기간에 대해서는 갱신 후 보험료로 합니다.

[보험료 납입유예 예시]
보통약관(비갱신형), 갱신형 특별약관 갱신주기 1년(전기납), 월납, 적립보험료 없음, 납입기일 매월1일 기준



구분	납입보험료	납입유예기간 (1년)	납입유예 보험료 납입기간(1년)	납입유예 보험료	납입유예 보험료 납입기간 정상보험료
보통약관 및 비갱신형 특별약관	20만원	2026.8.1 ~ 2027.7.31 (26.8.1부터 12회 유예)	2027.8.1 ~ 2028.7.31 (매월 납입기일에 총 12회 납입)	20만원 ×12회	20만원 ×12회
갱신형 특별약관	최초계약 3만원 1회차 갱신계약 4만원 2회차 갱신계약 5만원			최초계약 3만원×5회 1회차 갱신계약 : 4만원×7회	1회차 갱신계약 : 4만원×5회 2회차 갱신계약 : 5만원 ×7회

5 납입유예 보험료 납입기간 동안 납입유예 보험료와 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 납입하지 않아 보험료의 납입이 연체되는 경우에는 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에 따라 해당 계약은 해지될 수 있습니다. 이때, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 보며, '납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용'에는 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료 전액이 차감된다는 내용을 포함합니다.

6 제5항에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이때, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 봅니다.

7 제1항 내지 제2항에도 불구하고 해당계약 전체 또는 일부의 보험료 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우(단기납입면제를 포함합니다), 계약자는 즉시 납입면제 되기 전까지의 해당계약의 납입유예 보험료 전체를 일시 납입하여야 하며, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 납입유예 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 해지될 수 있습니다.

8 계약자는 납입유예기간동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 보험료를 납입할 수 있습니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 해당계약 보험료 납입기일까지 해당계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 또한 납입유예 취소 신청시 납입유예 취소 신청전까지의 납입유예 보험료 전액을 일시에 납입하여야 합니다.

9 제2항에도 불구하고 계약자의 선택에 따라 납입유예 보험료 납입기간 중에 납입유예 보험료를 일시에 납입하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

10 제2항에도 불구하고 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 선납하고자 하는 경우에는 납입유예 보험료를 일시에 납입해야 합니다. 이때, 선납 할인이 있는 경우에도 납입유예 보험료는 선납 할인 대상에서 제외합니다.

11 제9항 및 제10항에 따라 납입유예 보험료를 일시에 납입하는 경우 납입유예 보험료 납입기간은 종료된 것으로 봅니다.

12 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 보험가입금액 감액, 계약자, 납입기간 및 기타 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.

13 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 중도인출 및 보험계약대출을 신청할 수 없습니다.
14 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항 및 납입유예 신청 및 처리로 인해 계약에 적용되는 주요사항을 전자문서 등의 방법으로 안내합니다.
15 회사는 해당계약의 전부 또는 일부에 대해 해약환급금 또는 보험금 등의 지급사유가 발생하고, 해약환급금 또는 보험금 등을 지급한 후 해당계약의 전부 또는 일부가 소멸되는 경우 지급사유가 발생하기 전까지의 '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급하거나, 일시 납입을 요구할 수 있으며 이 경우 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
16 제15항에 따라 '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급하거나 계약자가 일시 납입한 경우에는 차회 이후의 "납입유예 보험료"는 지급사유가 발생하기 전의 "납입유예 보험료"에서 지급사유가 발생한 지급금에 해당하는 납입유예 보험료를 차감한 금액으로 합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

15. 플러스 보장 연장 특별약관

제1조(계약의 재가입에 관한 사항)
1 계약이 아래의 조건을 모두 충족하고 계약자가 재가입하기 직전 계약(이하 "재가입전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일 전일까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 재가입전 계약 보험기간 종료일의 다음날(이하 "재가입일"이라 합니다)로 재가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 재가입전 계약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
1. 재가입전 계약의 보통약관 보험기간이 80세 또는 90세 만기로 가입한 계약
2. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 제2조(재가입 계약의 적용) 제4항에서 정한 나이 일 것
3. 재가입전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되고 보통약관 보험기간 만기까지 유효한 계약
2 제1항에 따라 재가입하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 재가입이 가능한 상품으로 가입할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 연만기 특별약관 및 아래 특별약관은 재가입이 불가합니다.

대상 특별약관
질병사망, 질병사망(갱신형), 질병사망(체증형), 질병사망(암(4대유사암제외)진단후보장강화), 각막이식수술비(1회한), 유방절제수술비(1회한), 조혈모세포이식수술비(1회한), 5대장기이식수술비(1회한)

4 회사는 계약자에게 재가입전 계약의 보험기간 종료일 2개월 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드리고, 보험기간 종료일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 그렇지 않습니다.
5 회사가 제4항에 의한 안내를 전자문서로 하고자 할 경우에는 계약자의 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신 확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
6 재가입전 계약에서 보통약관이 이미 소멸되었음에도 불구하고 재가입이 이루어진 경우에는 해당 보통약관의 재가입을 무효로 하며, 이미 납입한 해당보험료를 돌려 드립니다.
7 재가입전 계약에서 특별약관이 이미 소멸되었음에도 불구하고 재가입이 이루어진 경우에는 해당 특별약관의 재가입을 무효로 하며, 이미 납입한 해당보험료를 돌려 드립니다.

제2조(재가입 계약의 적용)
1 재가입 대상 계약이란, 보통약관의 보험기간 만기를 80세만기 또는 90세만기로 가입한 계약으로 보험기간 종료일에 유효한 계약을 말합니다.

2 재가입 대상 보장은 보험기간 종료일에 소멸되지 않은 유효한 보장으로 재가입전 계약에서 운영하는 보통약관 및 특별약관에 한하며 재가입 시 보험가입금액의 변경 및 특별약관을 추가 가입할 수 없습니다.

3 제2항에도 불구하고 자동갱신형 특별약관의 경우 재가입전 계약의 보통약관 만기(80세만기, 90세만기)까지만 자동갱신으로 운영하며, 재가입 계약에서는 제4항에서 정한 보험기간, 납입기간으로 재가입 됩니다.

4 재가입 계약의 보험기간, 납입기간, 가입나이 및 보험료 납입주기 적용에 관한 사항은 아래와 같이 적용합니다.

재가입전 계약		재가입 계약			
구분		보험기간	가입나이	납입기간	납입주기
보통약관 및 세만기 특별약관	80세만기인 경우	20년만기	80세	전기납	월납
	90세만기인 경우	10년만기	90세		
갱신형 특별약관	갱신종료나이가 80세인 경우	20년만기	80세		
	갱신종료나이가 90세인 경우	10년만기	90세		

5 재가입 계약은 「보험업감독규정」 제1-2조 제3호의 순수보장성보험 기준을 충족하도록 운영하며 보장보험료로만 운영합니다.

6 재가입 계약은 해약환급금 일부지급형은 운영하지 않으며, 보험료 산출 시 해지율을 적용하지 않습니다.

7 재가입 계약은 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다. 또한 재가입전 계약에서 보험료 납입면제 사유가 발생하여 보험료가 납입면제된 경우에는 재가입전 계약의 보험기간 종료일까지만 적용하며, 재가입시에는 보험료 납입면제를 적용하지 않고 제8항에 따른 재가입 계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

8 재가입 계약의 약관, 보험요율에 관한 제도 및 보험료는 재가입일 현재의 약관, 보험요율 제도 및 보험료를 적용합니다.

9 재가입 계약의 경우 재가입전 계약의 보통약관 및 특별약관 보험금 지급사유에서 정한 보험금(지급금액) 경과기간별 감액을 적용하지 않습니다.

10 재가입 계약의 보장개시일은 재가입전 계약의 보장개시일과 관계없이 제8항에 따른 재가입 계약의 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

11 동일한 사고에 대하여 재가입전 계약에서 이미 보험금 지급사유가 발생하여 해당 보험금이 지급된 경우에는 재가입 계약에서 보상하지 않습니다.

제3조(재가입 계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

1 계약자가 보통약관의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에서 정한 납입최고(독촉)기간내에 보험료를 납입완료하고, 재가입 계약의 제1회 보험료를 재가입일까지 납입하지 않은 경우 회사는 재가입 계약 보통약관의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 재가입 계약은 해제됩니다.

2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 재가입 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

한화 시그니처 여성 건강보험4.0 무배당2604 별표 및 부록

【별표1】 장해분류표

Ⅰ. 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

Ⅱ. 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
4) “한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30㎝이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) “뚜렷한 시야 장해”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50㎝ 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) "평형기능에 장해를 남긴 때"라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60㎝ 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) “코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1㎝ 이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5㎝ 이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2㎝ 이하로 제한되는 경우
다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1㎝ 이상인 경우
라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 30% 미만인 경우
나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 50% 미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 75% 미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경

우를 말한다.

4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5㎜ 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 2㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
   나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
   다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
6) "심한 운동장해"란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) "뚜렷한 운동장해"란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
   다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
   라) 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
8) "약간의 운동장해"
   머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
9) "심한 기형"이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
10) "뚜렷한 기형"이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
11) "약간의 기형"이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) "추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해"란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) "추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해"란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) "추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해"란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

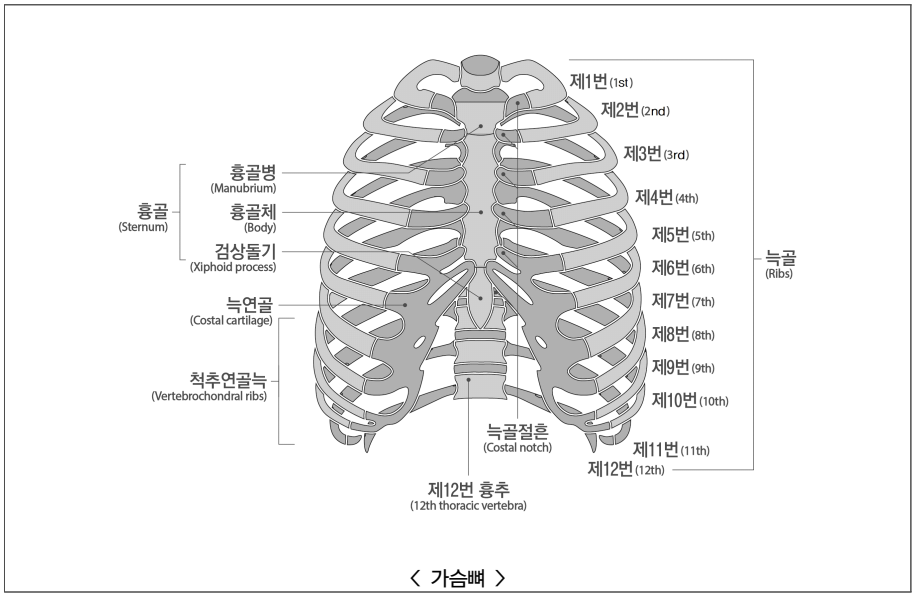
나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

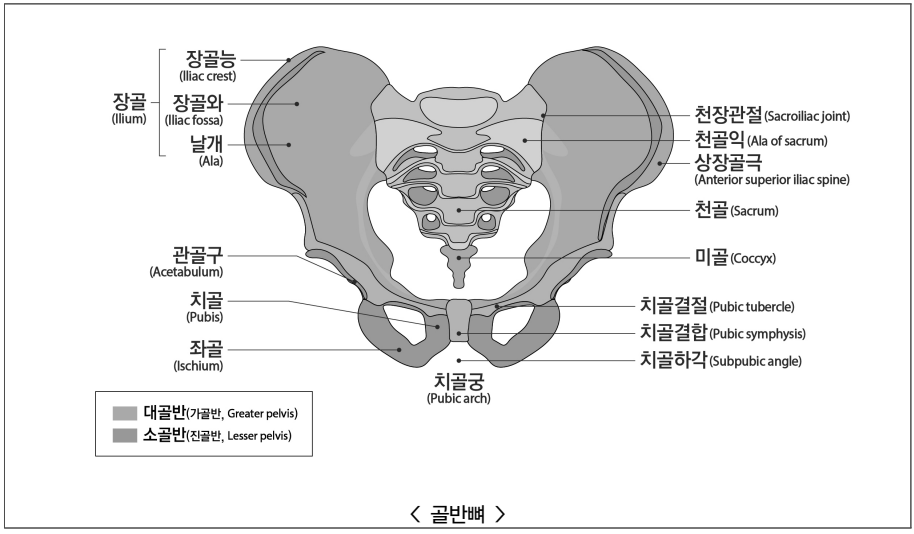
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝ 이상 분리된 부정유합 상태
   나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
   다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) "빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



〈 가슴뼈 〉



〈 골반뼈 〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) "팔의 3대 관절"이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "0등급(zero)"인 경우
8) "관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(trace)"인 경우
9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "2등급(poor)"인 경우
10) "관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "3등급(fair)"인 경우
11) "가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 "불유합" 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지

연유합은 제외한다.

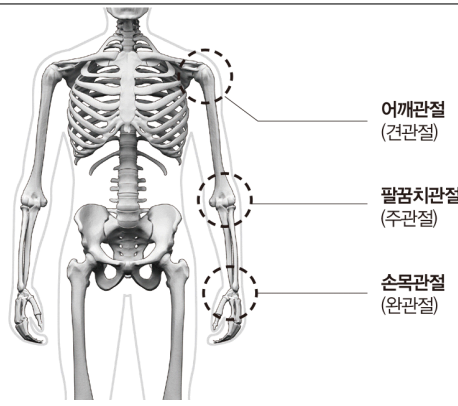
12) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



〈 팔의 3대 관절 〉

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	5

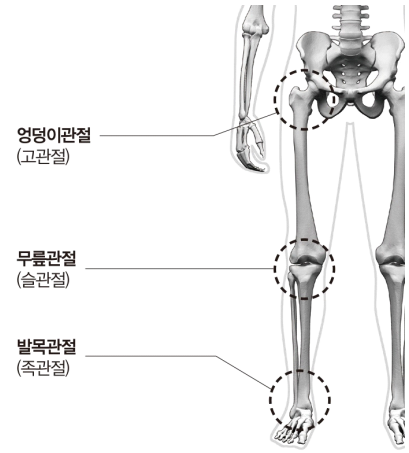
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(zero)”인 경우
8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(trace)”인 경우
9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “2등급(poor)”인 경우
10) “관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “3등급(fair)”인 경우
11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
12) “가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 “불유합” 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
13) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
14) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정
1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



〈 다리의 3대 관절 〉

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

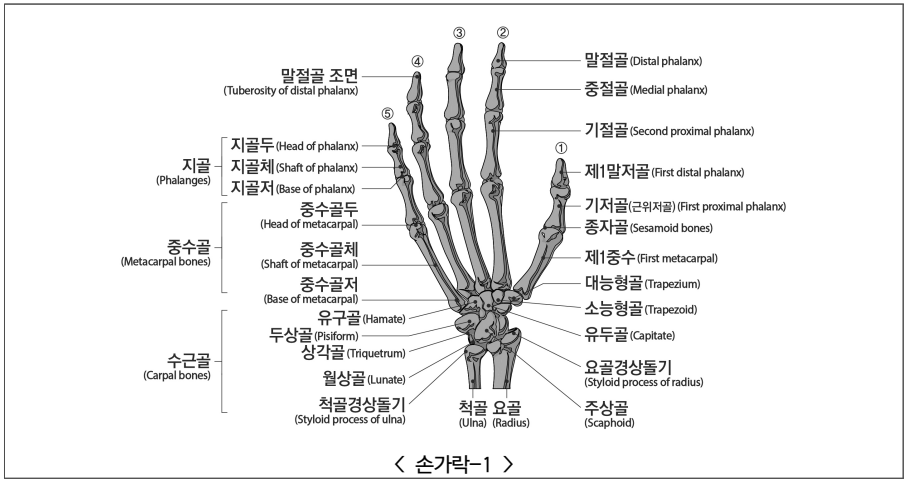
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제

1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈 손가락-1 〉



〈 손가락-2 〉

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

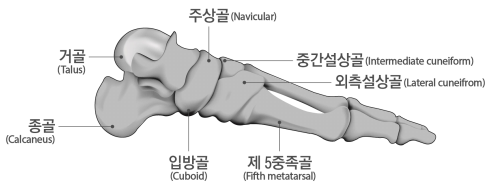
장해의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

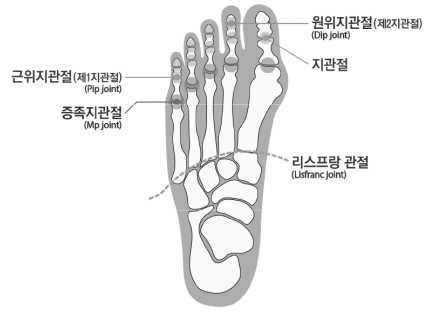
1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) "리스프랑관절 이상을 잃었을 때"라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈 발가락-1 〉



〈 발가락-2 〉



〈 발가락-3 〉

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해판정기준

1) "심장 기능을 잃었을 때"라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
4) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당

하는 때를 말한다.
가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
나) 위 가)의 경우 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료

한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) "정신행동에 극심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) "정신행동에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) "정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준"주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) "정신행동에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준" 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) "정신행동에 경미한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준" 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상 후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하

는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도	지급률 (%)
이동 동작	– 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	40
	– 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30
	– 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20
	– 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행 시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10
음식물 섭취	– 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20
	– 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15
	– 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	– 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5
배변·배뇨	– 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태	20
	– 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태	15
	– 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	– 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때	5
목욕	– 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태	10
	– 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태	5
	– 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태	3
옷 입고 벗기	– 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	10
	– 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태	5
	– 상·하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태	3

【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

【1종(납입면제 강화형, 기본형), 3종(납입면제형, 기본형)】

<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="2">기간</th><th>지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">보험금</td><td colspan="2">지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 91일 이후 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">만기환급금</td><td rowspan="3">지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간</td><td rowspan="2">지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우</td><td>1년 이내 :
공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과기간 :
공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우</td><td>공시이율</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해약환급금</td><td colspan="2" rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년 이내 :
공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과기간 :
공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
</table>

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다. 단, 보통약관 제1절. 공통조항 제43조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주5) 상기 공시이율은 보장성보험 공시이율V로 적용합니다.

주6) 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험계약자 또는 그의 대리인이 해지통지를 송달받은 날로 봅니다.

【2종(납입면제 강화형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 5종(납입면제미운영형, 납입후50%해약환급금지급형)】

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다. 단, 보통약관 제1절. 공통조항 제43조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주5) 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험계약자 또는 그의 대리인이 해지통지를 송달받은 날로 봅니다.

【별표3】 통합상해분류표

약관에 규정하는 상해사고로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

부위	구분	대상질병	분류번호
머리 및 목	경증 상해	1. 머리의 표재성 손상	S00
		2. 머리의 열린상처	S01
		3. 머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S03
		4. 머리의 기타 및 상세불명의 손상	S09
		5. 목의 표재성 손상	S10
		6. 목의 열린상처	S11
		7. 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
		8. 목의 기타 및 상세불명의 손상	S19
	중등증 상해	1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
		2. 뇌신경의 손상	S04
		3. 눈 및 안와의 손상	S05
		4. 두개내손상	S06
		5. 목의 골절	S12
		6. 목부위의 혈관의 손상	S15
		7. 목부위의 근육 및 힘줄의 손상	S16
	중증 상해	1. 머리의 으깸손상	S07
		2. 머리 부분의 외상성 절단	S08
		3. 목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
		4. 목의 으깸손상	S17
		5. 목부위의 외상성 절단	S18
복부 및 등	경증 상해	1. 흉부의 표재성 손상	S20
		2. 흉부의 열린상처	S21
		3. 흉곽의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S23
		4. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
		5. 흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29
		6. 복부, 아래등 및 골반의 표재성 손상	S30
		7. 복부, 아래등 및 골반의 열린상처	S31
		8. 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
		9. 복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상	S39
	중등증 상해	1. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
		2. 흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
		3. 흉부 혈관의 손상	S25
		4. 요추 및 골반의 골절	S32
		5. 복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
		6. 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
		7. 복강내기관의 손상	S36
	중증 상해	1. 심장의 손상	S26
		2. 흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
		3. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
		4. 복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단	S38

어깨 및 팔	경증 상해	1. 어깨 및 위팔의 표재성 손상	S40
		2. 어깨 및 위팔의 열린상처	S41
		3. 견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
		4. 어깨 및 위팔의 기타 및 상세불명의 손상	S49
		5. 아래팔의 표재성 손상	S50
		6. 아래팔의 열린상처	S51
		7. 팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
		8. 아래팔의 기타 및 상세불명의 손상	S59
	중등증 상해	1. 어깨 및 위팔의 골절	S42
		2. 어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
		3. 어깨 및 위팔 부위의 혈관의 손상	S45
		4. 어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
		5. 아래팔의 골절	S52
		6. 아래팔 부위의 신경의 손상	S54
		7. 아래팔 부위의 혈관의 손상	S55
		8. 아래팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S56
	중증 상해	1. 어깨 및 위팔의 으깸손상	S47
		2. 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
		3. 아래팔의 으깸손상	S57
		4. 아래팔의 외상성 절단	S58
손목 및 손	경증 상해	1. 손목 및 손의 표재성 손상	S60
		2. 손목 및 손의 열린상처	S61
		3. 손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
		4. 손목 및 손의 기타 및 상세불명의손상	S69
	중등증 상해	1. 손목 및 손부위의 골절	S62
		2. 손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
		3. 손목 및 손 부위의 혈관의 손상	S65
		4. 손목 및 손 부위의 근육 및 힘줄의손상	S66
	중증 상해	1. 손목 및 손의 으깸손상	S67
		2. 손목 및 손의 외상성 절단	S68
엉덩이 및 다리	경증 상해	1. 엉덩이 및 대퇴의 표재성 손상	S70
		2. 엉덩이 및 대퇴의 열린상처	S71
		3. 고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
		4. 엉덩이 및 대퇴의 기타 및 상세불명의 손상	S79
		5. 아래다리의 표재성 손상	S80
		6. 아래다리의 열린상처	S81
		7. 무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
		8. 아래다리의 기타 및 상세불명의 손상	S89
	중등증 상해	1. 대퇴골의 골절	S72
		2. 엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
		3. 엉덩이 및 대퇴 부위의 혈관의 손상	S75
		4. 엉덩이 및 대퇴 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S76
		5. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
		6. 아래다리 부위의 신경손상	S84
		7. 아래다리 부위의 혈관의 손상	S85
		8. 아래다리 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S86
	중증 상해	1. 엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
		2. 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
		3. 아래다리의 으깸손상	S87
		4. 아래다리의 외상성 절단	S88

발목 및 발	경증 상해	5. 발목 및 발의 표재성 손상	S90
		6. 발목 및 발의 열린상처	S91
		7. 발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
		8. 발목 및 발의 기타 및 상세불명의 손상	S99
	중등증 상해	1. 발목을 제외한 발의 골절	S92
		2. 발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
		3. 발목 및 발 부위의 혈관의 손상	S95
		4. 발목 및 발 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S96
	중증 상해	1. 발목 및 발의 으깸손상	S97
		2. 발목 및 발의 외상성 절단	S98
기타	경증 상해	1. 여러 신체부위를 침범한 표재성 손상	T00
		2. 여러 신체부위를 침범한 열린상처	T01
		3. 여러 신체부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03
		4. 달리 분류되지 않은 여러 신체부위를 침범한 기타 손상	T06
		5. 상세불명의 다발손상	T07
		6. 척추 및 몸통의 상세불명 부위의 기타 손상	T09
		7. 팔의 상세불명 부위의 기타 손상	T11
		8. 다리의 상세불명 부위의 기타 손상	T13
		9. 상세불명의 신체부위의 손상	T14
		10. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
		11. 몸통의 화상 및 부식	T21
		12. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
		13. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
		14. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
		15. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
		16. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
		17. 기도의 화상 및 부식	T27
		18. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
		19. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
		20. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
		21. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
		22. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
		23. 표재성 동상	T33
		24. 조직괴사를 동반한 동상	T34
		25. 여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
	중등증 상해	1. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
		2. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
		3. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
		4. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
	중증 상해	1. 여러 신체부위를 침범한 으깸손상	T04
		2. 여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T05

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표4】 골절(치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표5】 골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표6】 5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절, 흉추의 다발골절	S22.0, S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표7】 화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

※ 부식 : 화학약품 등에 의한 피부 손상

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표8】 특정상해성뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 특정상해성뇌출혈으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 경막외출혈	S06.4
2. 외상성 경막하출혈	S06.5
3. 외상성 거미막하출혈	S06.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표9】 상해성뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 상해성뇌출혈로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 초점성 뇌손상	S06.3
2. 경막외 출혈	S06.4
3. 외상성 경막하출혈	S06.5
4. 외상성 거미막하출혈	S06.6
5. 기타 두개내손상	S06.8

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다).

【별표10】 1-5종수술 분류표

Ⅰ. 일반적인 상해 및 질병 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류(종)
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy) 단, 유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술 제외	3
	3-1. 유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술	1
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant)등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것] 11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	 1 3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술 13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	 1 2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4

구분	수술명	수술종류(종)
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외]	1
비뇨기계 생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류 교정수술	1
	48. 요실금수술(급여)	1
	49. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	50. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2

구분	수술명	수술종류(종)
	52. 음낭관혈수술	1
	53. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	54. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	56. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	57. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	58. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	59. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	60. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	61. 신경(神經) 관혈수술	2
	62. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	63. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	64. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1
	65. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	66. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	67. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	68. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	69. 각막, 공막 이식수술	2
	70. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	71. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	72. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	73. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	74. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술(시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외)	1
	75. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	76. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	77. 안와내종양절제수술	3
	78. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	79. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	80. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	81. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	82. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	83. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외]	1
	84. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	85. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	86. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	87. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	88. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	1
	89. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)· 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 89-1. 뇌, 심장 89-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	 3 2

구분	수술명	수술종류(종)
	89-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주1) 상기 1~88항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)· 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술은 89항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~88항)의 수술로 적용합니다.

주2) 상기 44항(치루(痔漏), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술), 48항(요실금수술(급여)), 55항(제왕절개만출술(帝王切開娩出術)) 수술은 질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당) 보장에만 적용되며, 상해및질병통합치료비(연간4천만원한도), 상해및질병통합치료비(연간3천만원한도), 상해및질병통합치료비(연간1천만원한도), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(연간3천만원한도), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(연간1천만원한도), 상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간3천만원한도), 상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간2천만원한도), 상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간1천만원한도), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(입원및수술)(연간2천만원한도) 및 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(입원및수술)(연간1천만원한도) 중 질병으로 인한 상해및질병통합치료(1-5종수술), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(1-5종수술), 상해및질병통합치료(입원및수술)(1-5종수술) 및 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(입원및수술)(1-5종수술) 보장에도 적용됩니다. 또한, 상해1-5종수술비Ⅳ(수술1회당), 상해통합치료비(고급형), 상해통합치료비(일반형) 및 상해통합치료비(실속형)은 보장은 보상하지 않으며, 상해및질병통합치료비(연간4천만원한도), 상해및질병통합치료비(연간3천만원한도), 상해및질병통합치료비(연간1천만원한도), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(연간3천만원한도), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(연간1천만원한도), 상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간3천만원한도), 상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간2천만원한도), 상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간1천만원한도), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(입원및수술)(연간2천만원한도) 및 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(입원및수술)(연간1천만원한도) 중 상해로 인한 상해및질병통합치료(1-5종수술), 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(1-5종수술), 상해및질병통합치료(입원및수술)(1-5종수술) 및 상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료(입원및수술)(1-5종수술) 보장에도 보상하지 않습니다. 또한 48항(요실금수술(급여))은 피보험자가 남성인 경우 보상하지 않습니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류(종)
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술	3

주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류(종)
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3

2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(1-5종수술 분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 「의료법」 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 치과의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '1-5종수술 분류표'에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 '수술'에서 제외합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. '1-5종수술 분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준:
   '1-5종수술 분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여 치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) '1-5종수술 분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '1-5종수술 분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술인 경우에는 '1-5종수술 분류표' 중 'Ⅰ. 일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술' 89항(악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 요실금수술(급여) 대상 수가코드
   1) 1-5종수술 분류표에서 요실금수술(급여)로 분류되는 의료행위는 진단확정된 "요실금"을 원인으로 행해진 것으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "요실금수술(급여) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
1. 요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
2. 요실금수술-질강을 통한 수술-자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
3. 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

   2) 1)에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "요실금수술(급여) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정 요실금 수술 인정기준"을 따릅니다.

3) 1) 및 2)에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “요실금수술(급여) 인정기준” 외에 “요실금수술(급여) 인정기준”에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 새로 포함되는 치료는 “질강을 통한 수술” 및 “개복에 의한 수술”에 한합니다.

4) 1)의 “요실금”이라 함은 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 스트레스요실금	N39.3
2. 기타 명시된 요실금	N39.4
3. 상세불명의 요실금	R32

【별표11】 여성생애1-5종수술 분류표

Ⅰ. 일반적인 상해 및 질병 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류(종)	
		49세 이전	50세 이후
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	4	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	2	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	5	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	2	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant)등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2	
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3	
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외]	1	
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2	
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3	4
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2	
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)		
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1	
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3	
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3	
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술		
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1	
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2	
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1	2
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1	
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3	
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1	
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4	
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5	
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3	
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]	4	
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3	
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관 관혈수술	1	
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5	
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4	

구분	수술명	수술종류(종)	
		49세 이전	50세 이후
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5	
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5	
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3	
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3	
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3	
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2	
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1	
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4	
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4	
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3	
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4	
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3	
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5	
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5	
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1	
	40. 전신성 복막염(全身性腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2	
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2	
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1	
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4	
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외]	1	
비뇨기계 생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4	
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2	
	47. 방광류 교정수술	1	
	48. 요실금수술(급여)	1	
	49. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5	
	50. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3	
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索),	2	

구분	수술명	수술종류(종)	
		49세 이전	50세 이후
	정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술		
	52. 음낭관혈수술	1	
	53. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	4	2
	54. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	2	1
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1	
	56. 질탈(膣脫)근본수술	3	1
내분비기계의 수술	57. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5	
	58. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3	
	59. 부신(副腎) 절제수술	4	
신경계의 수술	60. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5	
	61. 신경(神經) 관혈수술	2	
	62. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4	5
	63. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3	5
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	64. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1	
	65. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1	
	66. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2	
	67. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2	
	68. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1	
	69. 각막, 공막 이식수술	2	
	70. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2	
	71. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3	
	72. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1	
	73. 망막박리(網膜剝離) 수술	2	
	74. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술(시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외)	1	
	75. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2	
	76. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3	
	77. 안와내종양절제수술	3	
	78. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1	
	79. 안근(眼筋)관혈수술	1	
청각기(聽覺器)의 수술	80. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2	
	81. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2	
	82. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2	
	83. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외]	1	
	84. 내이(內耳) 관혈수술	3	
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	85. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3	
	86. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3	
	87. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2	
	88. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	1	
	89. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터		

구분	수술명	수술종류(종)	
		49세 이전	50세 이후
	(Catheter)· 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 89-1. 뇌, 심장 89-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 89-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	3 2 1	

주1) 상기 1~88항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)· 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술은 89항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~88항)의 수술로 적용합니다.

주2) 상기 44항(치루(痔漏), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술), 48항(요실금수술(급여)), 55항(제왕절개만출술(帝王切開娩出術)) 수술은 여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당) 보장에만 적용되며, 여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당) 보장은 보상하지 않습니다. 또한 48항(요실금수술(급여))은 피보험자가 남성인 경우 보상하지 않습니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류(종)
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5 3
2. 내시경 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술	3

주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류(종)
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(여성생애1-5종수술 분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 「의료법」 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 치과의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '여성생애1-5종수술 분류표'에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 '수

술'에서 제외합니다.

2. 분류표에 기재된 수술종류(종) 구분을 위한 연령은 수술 시 보험나이를 기준으로 합니다.
3. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
4. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
5. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
6. '여성생애1-5종수술 분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준:
   '여성생애1-5종수술 분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) '여성생애1-5종수술 분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '여성생애1-5종수술 분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술인 경우에는 '여성생애1-5종수술 분류표' 중 'Ⅰ. 일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술' 89항(악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
7. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
8. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
9. 요실금수술(급여) 대상 수가코드
   1) 여성생애1-5종수술 분류표에서 요실금수술(급여)로 분류되는 의료행위는 진단확정된 "요실금"을 원인으로 행해진 것으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "요실금수술(급여) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
1. 요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
2. 요실금수술-질강을 통한 수술-자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
3. 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

   2) 1)에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "요실금수술(급여) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정 요실금 수술 인정기준"을 따릅니다.
   3) 1) 및 2)에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "요실금수술(급여) 인정기준" 외에 "요실금수술(급여) 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 새로 포함되는 치료는 "질강을 통한 수술" 및 "개복에 의한 수술"에 한합니다.
   4) 1)의 "요실금"이라 함은 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 스트레스요실금	N39.3
2. 기타 명시된 요실금	N39.4
3. 상세불명의 요실금	R32

【별표12】 여성생애주요1-5종수술 분류표

Ⅰ. 일반적인 상해 및 질병 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류(종)	
		49세 이전	50세 이후
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	4	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	2	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	5	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	2	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant)등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3	4
	6. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1	2
비뇨기계 생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	7. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	4	2
	8. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	2	1
	9. 질탈(膣脫)근본수술	3	1
신경계의 수술	10. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4	5
	11. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3	5

주1) 상기 1~11항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)· 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술은 해당되지 않습니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~11항)의 수술로 적용합니다.

(여성생애주요1-5종수술 분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 「의료법」 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 치과의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '여성생애주요1-5종수술 분류표'에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 '수술'에서 제외합니다.
2. 분류표에 기재된 수술종류(종) 구분을 위한 연령은 수술 시 보험나이를 기준으로 합니다.

3. ‘관혈(觀血)’ 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
4. ‘여성생애주요1-5종수술 분류표’ 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준:
   ‘여성생애주요1-5종수술 분류표’에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 ‘수술’의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) ‘여성생애주요1-5종수술 분류표’ 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 ‘여성생애주요1-5종수술 분류표’ 상의 동일부위 수술로 봅니다.

【별표13】 1-8종수술 및 시술 분류표

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
간 이식	1. 간이식	A010	8
폐 이식	2. 폐이식	A020	8
심장 이식	3. 심장이식	A030	8
장 이식	4. 췌장이식	A040	8
소장 이식	5. 소장이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포이식,동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포이식,자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장이식	A070	8
체외순환막 형산화요법(ECMO), 개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO),개심술미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관절개술(안면,구강,경부장애의경우),인공호흡기장기사용	A091	1
	11. 기관절개술(안면,구강,경부장애의경우),인공호흡기단기사용	A092	1
	12. 기관절개술(안면,구강,경부장애의경우),인공호흡기미사용	A093	1
	13. 기관절개술(안면,구강,경부장애제외),인공호흡기장기사용	A094	1
	14. 기관절개술(안면,구강,경부장애제외),인공호흡기단기사용	A095	1
	15. 기관절개술(안면,구강,경부장애제외),인공호흡기미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡뇌동맥류수술(뇌졸중동반)	B011	8
	18. 단순뇌동맥류수술(뇌졸중동반)	B012	8
	19. 복잡뇌동맥류수술(뇌졸중미동반)	B013	8
	20. 단순뇌동맥류수술(뇌졸중미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류색전술(뇌졸중동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류색전술(뇌졸중미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류복합수술(뇌졸중동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류복합색전술(뇌졸중동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내혈관수술(뇌졸중동반)	B021	8
	26. 두개내혈관수술(뇌졸중미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계혈관기형및동정맥루색전술(뇌졸중동반)	B023	6
	28. 뇌신경계혈관기형및동정맥루색전술(뇌졸중미동반)	B024	6
	29. 경피적뇌혈관수술(협착·폐쇄및혈전제거동시의경우)	B025	6
	30. 경피적뇌혈관수술(협착및폐쇄의경우)	B026	6
	31. 경피적뇌혈관수술(혈전제거의경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타개두술 (외상제외)	32. 혈종제거술(외상제외)	B031	8
	33. 두개내감압술(외상제외)	B032	8
	34. 두개골성형술(외상제외)	B033	8
두개외 혈관수술	35. 두개외혈관수술(뇌졸중동반)	B041	4
	36. 두개외혈관수술(뇌졸중미동반)	B042	4
	37. 경피적두개외혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부수술	B050	8

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
뇌종양 절제술	39. 복잡천막상부종양절제술	B061	8
	40. 단순천막상부종양절제술	B062	8
	41. 복잡천막하부종양절제술	B063	8
	42. 단순천막하부종양절제술	B064	8
	43. 경피적뇌신경계종양수술	B065	6
	44. 경비적뇌하수체종양절제술	B066	8
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계신경자극기설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증수술(전극삽입술시행)	B081	7
	47. 뇌전증수술(전극삽입술미시행)	B082	7
정위수술	48. 중추신경계정위수술(뇌종양및기타병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계정위수술(두개내출혈)	B092	6
	50. 뇌정위방사선수술(두개내출혈및뇌혈관기형)	B093	6
	51. 뇌정위방사선수술(양성뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위방사선수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계체부정위방사선수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경수술	B100	6
뇌척수액 우회로조성술	55. 뇌척수액우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상관련),경막외출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상관련),경막하출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상관련),기타뇌내출혈	B123	7
	59. 두개내감압술(외상관련)	B124	8
	60. 두개골성형술(외상관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타개두술	B130	7
천두술	62. 천두술(경막하또는경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내종양절제술	B151	6
	66. 척추강내병소절제술(척수병증동반)	B152	6
	67. 척추강내병소절제술(척수병증미동반)	B153	6
	68. 척추강내병소절제술(척추고정술동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기척추변형척추고정술	B161	5
	70. 성인기척추변형척추고정술(감압술동반)	B162	5
	71. 성인기척추변형척추고정술(감압술미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증미동반)	B174	2
	76. 기타척추수술(척수병증동반)	B175	1
	77. 기타척추수술(척수병증미동반)	B176	1
척추 중재시술	78. 척추중재시술(뼈에시행한경우)	B181	1
	79. 척추중재시술(신경에시행한경우)	B182	1
신경절술 및	80. 척수신경자극기및약물주입펌프의설치술또는교환술	B191	3

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
척추강내 약물주입 펌프이식술	81. 척수신경자극기및약물주입펌프의시험적거치술또는제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요말초및뇌신경수술	B201	1
	83. 기타말초및뇌신경수술	B202	1
	84. 수근관이완술	B203	1
	85. 기타근육,건및인대이완술	B204	1
	86. 기타신경계수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡척추고정술	B211	4
	88. 복잡척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡안부관통상수술	C011	1
	90. 전안부관통상수술(수정체수술동반)	C012	1
	91. 전안부관통상수술(수정체수술미동반)	C013	1
	92. 후안부관통상수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡안와수술,한쪽	C021	2
	94. 복잡안와수술,양쪽	C022	2
	95. 단순안와수술	C023	2
안구수술 (종양수술포함)	96. 안구수술(종양수술포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막및유리체수술(망막주위막제거술동반,수정체수술동반)	C043	2
	98. 망막및유리체수술(망막주위막제거술동반,수정체수술미동반)	C044	2
	99. 망막및유리체수술(망막주위막제거술미동반,수정체수술동반)	C045	2
	100. 망막및유리체수술(망막주위막제거술미동반,수정체수술미동반)	C046	2
안구 표면 재건술	101. 주요각막이식수술	C051	2
	102. 기타각막이식수술	C052	2
	103. 공막및각막윤부이식수술	C053	2
수정체소절개수술 (유리체절제술유무와 무관)	104. 주요수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C061	1
	105. 기타수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C062	1
	106. 주요수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),양쪽	C063	1
	107. 기타수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),양쪽	C064	1
수정체대절개수술 (유리체절제술유무와 무관)	108. 주요수정체대절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C071	1
	109. 기타수정체대절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C072	1
	110. 수정체대절개수술(유리체절제술유무와무관),양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성백내장수술	C080	1
녹내장 수술	112. 복잡녹내장수술(수정체수술동반)	C091	2
	113. 복잡녹내장수술(수정체수술미동반)	C092	2
	114. 단순녹내장수술(수정체수술동반)	C093	2
	115. 단순녹내장수술(수정체수술미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타주요안구내수술	C101	1
	117. 기타단순안구내수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡사시수술	C111	1
	119. 단순사시수술	C112	1
안검 수술	120. 복잡안검수술,제1형	C121	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	121. 복잡안검수술,제2형	C122	1
	122. 복잡안검수술,제3형	C123	1
	123. 주요안검수술,제1형	C124	1
	124. 주요안검수술,제2형	C125	1
	125. 주요안검수술,제3형	C126	1
	126. 기타안검수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡눈물길수술	C131	1
	128. 주요눈물길수술,한쪽	C132	1
	129. 주요눈물길수술,양쪽	C133	1
	130. 기타눈물길수술(경비내시경포함),단안	C135	1
	131. 기타눈물길수술(경비내시경포함),양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭재건술	C141	1
	133. 복잡결막수술	C142	1
	134. 단순결막수술	C143	1
기타 안구외 수술	135. 기타안구외수술	C150	1
내이 수술	136. 귀이식술	D011	5
	137. 주요내이수술	D012	3
	138. 단순내이수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기수술	D021	2
	140. 유양돌기수술	D022	2
	141. 고실수술	D023	2
	142. 이소골재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요외이및귀수술	D031	1
	146. 단순외이및귀수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀및두개저악성종양수술	D041	7
	148. 비강,부비동,비인강악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동개방수술(한개,한쪽)	D051	1
	150. 부비동개방수술(한개,양쪽)	D052	1
	151. 부비동개방수술(여러개,한쪽)	D053	1
	152. 부비동개방수술(여러개,양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을이용한부비동수술(한개,한쪽)	D061	1
	154. 내시경을이용한부비동수술(한개,양쪽)	D062	1
	155. 내시경을이용한부비동수술(여러개,한쪽)	D065	1
	156. 복잡내시경을이용한부비동수술(여러개,한쪽)	D066	1
	157. 내시경을이용한부비동수술(여러개,양쪽)	D067	1
	158. 복잡내시경을이용한부비동수술(여러개,양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요코수술	D081	1
	160. 비중격및비갑개수술	D082	1
	161. 단순코수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강및타액선악성종양수술	D090	7
후두 및 인두	163. 주요후두및인두악성종양수술(경동맥소체포함)	D101	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
악성종양 수술	164. 단순후두및인두악성종양수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술,한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술,양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절수술	D121	2
	168. 주요안면골수술	D122	2
	169. 단순안면골수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선및설하선수술	D142	2
	173. 기타타액선수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요편도및아데노이드수술	D161	1
	177. 단순편도및아데노이드수술	D162	1
구강,인후두수술	178. 주요구강및인두,후두수술	D171	1
	179. 단순구강및인두,후두수술	D172	1
기타이비인후, 구강질환수술	180. 기타이비인후,구강질환수술	D200	1
주요 흉부 수술	181. 기관및기관지수술	E011	7
	182. 주요폐수술(악성종양의경우)	E012	7
	183. 주요폐수술(악성종양제외)	E013	7
	184. 기타폐수술	E014	7
	185. 종격동수술	E015	7
	186. 주요흉곽수술	E016	7
	187. 기타흉곽수술	E017	3
	188. 흉강경을이용한주요수술	E018	7
	189. 흉강경을이용한기타수술	E019	7
기관지경 및 방사선하 수술	190. 기관지경및방사선하수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	191. 수면무호흡증후군수술	E032	1
	192. 호흡기계기타단순수술	E033	1
	193. 기타호흡기계수술	E034	1
폐농양 배액술	194. 폐농양배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	195. 흉막삼출배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	196. 자동체내제세동기설치술또는제거술	F011	5
	197. 자동체내제세동기교정술	F012	5
심장판막수술 (심도자술사용)	198. 대동맥판수술(심도자술사용)	F021	8
	199. 승모판또는삼첨판수술(심도자술사용)	F022	8
	200. 폐동맥판수술(심도자술사용)	F023	8
심장판막수술 (심도자술미사용)	201. 대동맥판수술(심도자술미사용)	F031	8
	202. 승모판또는삼첨판수술(심도자술미사용)	F032	8
	203. 폐동맥판수술(심도자술미사용)	F033	8
관상동맥 우회로 조성술	204. 관상동맥우회로조성술(심도자술사용,인공심장폐장치사용)	F041	8
	205. 관상동맥우회로조성술(심도자술미사용,인공심장폐장치	F042	8

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	사용)		
	206. 관상동맥우회로조성술(심도자술사용,인공심장폐장치 미사용)	F043	8
	207. 관상동맥우회로조성술(심도자술미사용,인공심장폐장치 미사용)	F044	8
기타 심흉부 수술	208. 기타심흉부수술(인공심장폐장치사용)	F053	7
	209. 기타심흉부수술(인공심장폐장치미사용)	F054	5
주요혈관복구수술 (인공심장폐장치사용)	210. 파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치사용)	F061	8
	211. 비파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치사용)	F062	8
	212. 기타주요혈관복구수술(인공심장폐장치사용)	F063	8
주요혈관복구수술 (인공심장폐장치미사용)	213. 파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치미사용)	F071	8
	214. 비파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치미사용)	F072	8
	215. 기타주요혈관복구수술(인공심장폐장치미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥및장골동맥류경피적수술(파열미동반)	F081	4
	217. 복부대동맥및장골동맥류경피적수술(파열동반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류경피적수술	F083	4
	219. 대동맥박리경피적수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증경피적수술	F091	4
	221. 대정맥필터설치를위한경피적수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관심방중격결손폐쇄술	F101	4
	223. 경도관동맥관개존증폐쇄술	F102	4
	224. 기타경도관심장결손폐쇄술	F103	4
급성심근경색증의 경피적관상동맥수술 (심각한합병증동반)	225. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증동반, 단일혈관)	F111	4
	226. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증동반, 다발혈관)	F112	4
급성심근경색증의 경피적관상동맥수술 (심각한합병증 미동반)	227. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증미동반, 단일혈관)	F121	4
	228. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	229. 급성심근경색증이아닌기타경피적관상동맥수술 (단일혈관,만성폐쇄성병변의경우제외)	F133	4
	230. 급성심근경색증이아닌기타경피적관상동맥수술 (단일혈관,만성폐쇄성병변의경우포함)	F134	4
	231. 급성심근경색증이아닌기타경피적관상동맥수술 (다발혈관,만성폐쇄성병변의경우제외)	F135	4
	232. 급성심근경색증이아닌기타경피적관상동맥수술 (다발혈관,만성폐쇄성병변의경우포함)	F136	4
부정맥의경피적수술 (3차원지도화기능포함)	233. 심실빈맥전극도자절제술(3차원지도화기능포함)	F141	4
	234. 심방세동전극도자절제술(3차원지도화기능포함)	F142	4
	235. 발작성심실상빈맥및심방조동전극도자절제술 (3차원지도화기능포함)	F143	4
부정맥의경피적수술 (3차원지도화기능	236. 심실빈맥전극도자절제술(3차원지도화기능미포함)	F151	4
	237. 심방세동전극도자절제술(3차원지도화기능미포함)	F152	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
미포함)	238. 발작성심실상빈맥및심방조동전극도자절제술 (3차원지도화기능미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막 성형술	239. 경피적승모판풍선판막성형술	F161	4
	240. 경피적대동맥또는폐동맥풍선판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥기형의경피적색전술(두경부제외)	F181	4
	242. 관상동맥및폐동맥기형의경피적색전술(두경부제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥색전증및혈전증의경피적수술	F192	4
	244. 말초동맥동맥류및박리의경피적수술	F193	4
	245. 말초동맥만성폐쇄성질환의경피적수술,여러개	F194	4
	246. 말초동맥만성폐쇄성질환의경피적수술,한개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타경피적심혈관수술	F200	4
체내심박조율기설치술 (급성심근경색증, 심부전,쇼크의경우)	248. 영구적심박조율기설치술	F211	5
	249. 영구적심박조율기교환술	F212	5
	250. 심박조율기제거및전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타혈관복구수술	F220	2
순환장애절단술 (수족부제외)	252. 순환장애절단술(수족부제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환장애수족부절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류광범위절제술(여러개)	F253	1
	255. 정맥류광범위절제술(한개)	F254	1
	256. 정맥류국소절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타순환기계수술	F260	1
식도 수술	258. 식도악성종양근치수술및식도재건술	G011	7
	259. 기타주요식도수술	G012	5
	260. 기타단순식도수술	G013	4
직장절제술 (림프절절제동반)	261. 복강경을이용한직장절제술(림프절절제동반)	G021	7
	262. 개복에의한직장절제술(림프절절제동반)	G022	7
직장절제술 (림프절절제미동반)	263. 복강경을이용한직장절제술(림프절절제미동반)	G031	7
	264. 개복에의한직장절제술(림프절절제미동반)	G032	7
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	265. 경항문및경천골접근직장절제술(악성종양의경우)	G041	7
	266. 경항문및경천골접근직장절제술(악성종양제외)	G042	7
주요십이지장수술	267. 주요십이지장수술	G050	7
식도정맥류수술	268. 식도정맥류수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을이용한위전절제술	G071	7
	270. 개복에의한위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을이용한위아전절제술	G081	7
	272. 개복에의한위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	273. 복강경을이용한기타위절제술	G091	5
	274. 개복에의한기타위절제술	G092	5

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	275. 복강경을이용한기타설상절제술	G093	5
	276. 개복에의한기타설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	277. 복강경을이용한소화성궤양수술	G101	4
	278. 개복에의한소화성궤양수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	279. 복강경을이용한기타위및식도수술	G111	4
	280. 개복에의한기타위및식도수술	G112	4
결장 및 직장 전절제술	281. 복강경을이용한결장및직장전절제술	G121	7
	282. 개복에의한결장및직장전절제술	G122	7
결장절제술 (림프절절제동반)	283. 복강경을이용한결장절제술(림프절절제동반)	G131	7
	284. 개복에의한결장절제술(림프절절제동반)	G132	7
결장절제술 (림프절절제미동반)	285. 복강경을이용한결장절제술(림프절절제미동반)	G141	5
	286. 개복에의한결장절제술(림프절절제미동반)	G142	5
기타 대장 수술	287. 복강경을이용한기타대장수술	G151	4
	288. 개복에의한기타대장수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	289. 복강경을이용한주요소장및장간막수술	G171	5
	290. 개복에의한주요소장및장간막수술	G172	5
	291. 장폐색수술및기타장수술	G173	3
장루 수술	292. 장루수술	G180	3
횡격막 탈장 수술	293. 횡격막탈장수술	G190	4
탈장수술,서혜 및 대퇴부제외	294. 복강경을이용한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제동반)	G201	1
	295. 개복에의한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제동반)	G202	1
	296. 복강경을이용한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제미동반)	G203	1
	297. 개복에의한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제미동반)	G204	1
충수절제술	298. 복강경을이용한충수절제술(복잡주진단의경우)	G211	3
	299. 복강경을이용한충수절제술(복잡주진단이아닌경우)	G212	3
	300. 개복에의한충수절제술(복잡주진단의경우)	G213	3
	301. 개복에의한충수절제술(복잡주진단이아닌경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을이용한재발서혜및대퇴부탈장수술,한쪽	G221	1
	303. 복강경을이용한재발서혜및대퇴부탈장수술,양쪽	G222	1
	304. 개복에의한재발서혜및대퇴부탈장수술,한쪽	G223	1
	305. 개복에의한재발서혜및대퇴부탈장수술,양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장수술(장절제동반)	306. 서혜및대퇴부탈장수술(장절제동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장수술(장절제미동반)	307. 복강경을이용한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반),한쪽	G241	1
	308. 복강경을이용한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반),양쪽	G242	1
개복에의한서혜및대퇴부탈장수술 (장절제미동반)	309. 개복에의한서혜및대퇴부탈장수술 (장절제미동반,복잡주진단의경우),한쪽	G251	1
	310. 개복에의한서혜및대퇴부탈장수술 (장절제미동반,복잡주진단이아닌경우),한쪽	G252	1
	311. 개복에의한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반),양쪽	G253	1
복수 항문 수술	312. 복수항문수술	G260	1

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
치핵 수술	313. 주요치핵수술	G271	1
	314. 단순치핵수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	315. 주요항문주위농양수술	G281	1
	316. 단순항문주위농양수술	G282	1
치루 수술	317. 주요치루수술	G291	1
	318. 단순치루수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	319. 치열수술및항문협착증수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	320. 직장질루수술	G311	1
	321. 직장탈출증수술및괄약근성형술(직장류교정술포함)	G312	1
화농성한선염 수술	322. 화농성한선염수술	G320	1
기타 소화기계 수술	323. 기타소화기계수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	324. 소화기계질환의혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	325. 위내시경시술(주요소화기질환의경우)	G503	1
	326. 위내시경시술(주요소화기질환이아닌경우)	G504	1
	327. 위내시경시술,당일퇴원	G505	1
결장경 시술	328. 결장경시술(주요소화기질환의경우)	G523	1
	329. 결장경시술(주요소화기질환이아닌경우)	G524	1
	330. 결장경시술,당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	331. 구불결장경시술	G531	1
	332. 구불결장경시술,당일퇴원	G532	1
소화기내시경시술, 화학요법을동반한경우,재원기간2일이상	333. 소화기내시경시술,화학요법을동반한경우,재원기간2일이상	G540	1
소장내시경 시술	334. 소장내시경시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관협착을위한방사선하시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계질환의경피적배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요간담도복합수술	H021	7
	339. 기타간담도복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을이용한주요간절제술	H041	7
	342. 개복에의한주요간절제술	H042	7
	343. 복강경을이용한기타간절제술	H043	5
	344. 개복에의한기타간절제술	H044	5
간 수술	345. 복강경을이용한간수술	H051	4
	346. 개복에의한간수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계질환치료를위한단락술	H060	4
담도절제술 (림프절절제동반)	348. 복강경을이용한담도절제술(림프절절제동반)	H071	7

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
	349. 개복에의한담도절제술(림프절절제동반)	H072	7
담도절제술 (림프절절제미동반)	350. 복강경을이용한담도절제술(림프절절제미동반)	H081	5
	351. 개복에의한담도절제술(림프절절제미동반)	H082	5
주요 담도 수술	352. 복강경을이용한주요담도수술	H091	5
	353. 개복에의한주요담도수술	H092	5
담낭절제술	354. 복강경을이용한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술동반)	H101	4
	355. 개복에의한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술동반)	H102	4
	356. 복강경을이용한담낭절제술(총수담관탐구술동반)	H103	4
	357. 개복에의한담낭절제술(총수담관탐구술동반)	H104	4
	358. 복강경을이용한담낭절제술(경피적담낭조루술동반)	H105	4
	359. 개복에의한담낭절제술(경피적담낭조루술동반)	H106	4
	360. 복강경을이용한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술미동반)	H107	4
	361. 개복에의한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술미동반)	H108	4
췌장절제술	362. 복강경을이용한췌장절제술	H111	7
	363. 개복에의한췌장절제술	H112	7
췌장 수술	364. 복강경을이용한췌장수술	H121	4
	365. 개복에의한췌장수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경시술	H142	3
	367. 담석제거를위한체외충격파쇄석술	H143	1
	368. 기타간담도및췌장수술	H144	3
	369. 경피적담관경시술	H145	3
	370. 경피적담관시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적혈관시술(간의악성종양제외)	H152	3
	372. 담도협착을위한경피적시술	H154	3
	373. 담석제거를위한경피적시술	H155	3
	374. 경피적혈관시술(간의악성종양의경우),소작술동반	H156	6
	375. 경피적혈관시술(간의악성종양의경우),소작술미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성정맥류에대한내시경시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의경피적치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도및췌장질환의경피적배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽또는복수주요관절수술(치환술의경우)	I011	4
	380. 양쪽또는복수주요관절수술(치환술제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절전재치환술	I021	4
	382. 고관절전치환술	I022	4
	383. 고관절부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및	384. 슬관절전재치환술	I031	3

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
치환술	385. 슬관절전치환술	I032	3
	386. 슬관절부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타관절전재치환술	I041	2
	388. 기타관절전치환술	I042	2
	389. 기타관절부분치환술	I043	2
	390. 인공관절삽입물제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	391. 혈관부착골피부판이식및사지재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	392. 척수내종양절제술	I061	6
	393. 척추강내병소절제술(척수병증동반)	I062	6
	394. 척추강내병소절제술(척수병증미동반)	I063	6
	395. 척추강내병소절제술(척추고정술동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기척추변형척추고정술	I071	5
	397. 성인기척추변형척추고정술(감압술동반)	I072	5
	398. 성인기척추변형척추고정술(감압술미동반)	I073	5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증동반)	I081	4
	400. 척추고정술(척수병증미동반)	I082	4
	401. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증동반)	I083	2
	402. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증미동반)	I084	2
	403. 기타척추수술(척수병증동반)	I085	1
	404. 기타척추수술(척수병증미동반)	I086	1
척추 중재시술	405. 척추중재시술(뼈에시행한경우)	I091	1
	406. 척추중재시술(신경에시행한경우)	I092	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기및약물주입펌프의설치술또는교환술	I101	3
	408. 척수신경자극기및약물주입펌프의시험적거치술또는제거술	I102	1
절단술	409. 주요절단술	I111	7
	410. 기타절단술	I112	3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의광범위절제술(재건술동반)	I121	7
	412. 골악성종양의광범위절제술(골반골,대퇴골,하퇴골)	I122	7
	413. 골악성종양의광범위절제술(기타)	I123	7
	414. 골양성종양의소파술또는절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	415. 골수염및농양수술(골반골,대퇴골,하퇴골,상완골,전완골, 쇄골)	I131	2
	416. 골수염및농양수술(기타)	I132	1
	417. 근농양배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽또는복수고관절및대퇴부수술	I141	3
	419. 한쪽고관절및대퇴부수술	I142	2
상완골,경골및비골 수술	420. 상완골,경골및비골수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	423. 회전근개수술	I181	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	424. 관절와순수술	I182	1
	425. 복수진단견부수술	I183	1
	426. 기타견부수술	I184	1
슬부 수술	427. 십자인대수술	I191	1
	428. 반달연골수술,양쪽	I192	1
	429. 반달연골수술,한쪽	I193	1
	430. 기타슬관절수술	I194	1
주관절 및 전완부 수술	431. 주관절및전완부수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	432. 족부및족관절힘줄인대수술	I211	1
	433. 족관절골연골병변수술	I212	1
	434. 기타족부및족관절수술	I213	1
체내고정장치 제거술	435. 체내고정장치제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	436. 주요완관절및수부수술	I251	1
	437. 단순완관절및수부수술	I252	1
미세혈관 조직이식 또는 피부이식	438. 미세혈관조직이식	I261	3
	439. 기타피판술	I262	2
	440. 피부및지방이식술	I263	2
연조직 수술	441. 복잡한연조직수술	I271	1
	442. 주요연조직수술	I272	1
	443. 단순연조직수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반및비구골절수술	I281	3
	445. 대퇴부골절수술	I282	3
	446. 슬관절및하퇴골골절수술	I283	3
	447. 족관절및족부골절수술	I284	2
	448. 견부및상완골골절수술	I285	3
	449. 전완부골절수술	I286	2
	450. 수부골절수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타결합조직수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡양쪽또는복수인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡인공관절전재치환술,주요(고관절,슬관절)	I302	4
	454. 복잡인공관절전재치환술,기타(견관절,주관절,족관절)	I303	2
	455. 복잡인공관절전치환술,주요(고관절,슬관절)	I304	4
	456. 복잡인공관절전치환술,기타(견관절,주관절,족관절)	I305	2
	457. 복잡인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡척추고정술	I311	4
	459. 복잡척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	460. 복잡사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡관절고정술	I322	2
	462. 복잡사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡가관절수술	I324	2
	464. 복잡반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계	465. 복잡화농성관절염절개술	I331	1

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
염증성 질환 수술	466. 복잡골수염및농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계질환의경피적배액술	I500	1
피부,피하조직및유방질환에대한미세혈관조직이식	468. 피부,피하조직및유방질환에대한미세혈관조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양,봉소염의 경우)	469. 피판술(피부궤양,봉소염의경우)	J021	2
	470. 피부이식술(피부궤양,봉소염의경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양,봉소염제외)	471. 피판술(피부궤양,봉소염제외)	J031	2
	472. 피부이식술(피부궤양,봉소염제외)	J032	2
기타피부, 피하조직수술	473. 피부및연조직악성종양적제술	J041	4
	474. 피부및연조직수술	J042	1
	475. 기타피부,피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을이용한유방재건술	J051	3
	477. 보형물을이용한유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의경우)	J062	7
	480. 유방절제술(악성종양제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를이용한단순유방수술	J071	1
	482. 절개에의한단순유방수술	J072	1
액와 수술	483. 액와수술(악성종양의경우)	J081	4
	484. 액와수술(악성종양제외)	J082	1
기타유방 및 액와수술	485. 기타유방 및 액와수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문주위및모소수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비,영양 및 대사장애절단술	488. 내분비,영양및대사장애절단술(수족부제외)	K011	7
	489. 내분비,영양및대사장애수족부절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부종양절제술	K021	8
	491. 복잡경비적뇌하수체종양절제술	K023	8
	492. 단순경비적뇌하수체종양절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을이용한부신수술	K031	4
	494. 개복에의한부신수술	K032	4
내분비,영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	495. 내분비,영양및대사장애유리피판술	K041	2
	496. 내분비,영양및대사장애기타피판술	K042	2
	497. 내분비,영양및대사장애피부이식술	K043	2
부갑상선 수술	498. 내시경을이용한부갑상선수술	K051	2
	499. 절개에의한부갑상선수술	K052	2
주요 갑상선 악성종양 수술	500. 주요갑상선악성종양수술(양쪽)	K063	4
	501. 주요갑상선악성종양수술(한쪽)	K064	4

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	502. 주요갑상선악성종양제외수술(양쪽)	K075	2
	503. 주요갑상선악성종양제외수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수술	504. 기타갑상선수술	K080	1
기타내분비,영양및 대사장애수술	505. 복강경을이용한비만대사수술	K091	1
	506. 개복에의한비만대사수술	K092	1
	507. 기타내분비,영양및대사장애수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	508. 복막투석도관삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	509. 주요신장,신우및요관신생물수술	L021	7
	510. 기타신장,신우및요관신생물수술	L022	7
	511. 주요방광및골반신생물수술	L023	7
	512. 기타방광,골반및요도신생물수술	L024	5
	513. 경요도요관및방광신생물수술	L025	4
	514. 전립선신생물수술	L026	4
	515. 복강경을이용한신장및비뇨기계신생물수술	L027	7
신장 및 신우 수술	516. 복강경을이용한신장및신우수술	L031	4
	517. 개복에의한신장및신우수술	L032	4
	518. 경피적신장및신우수술,한쪽	L033	3
	519. 경피적신장및신우수술,양쪽	L034	3
요관 수술	520. 요관수술	L040	2
방광 수술	521. 개복에의한방광수술	L051	4
	522. 경피적방광수술	L052	2
	523. 경요도방광수술	L053	1
전립선 수술	524. 전립선수술	L060	2
요도 수술	525. 주요요도수술	L071	1
	526. 요도경하요도수술	L072	1
	527. 기타요도수술	L073	1
	528. 복잡요실금수술	L074	1
	529. 단순요실금수술	L075	1
요로 결석 수술	530. 복강경을이용한요로결석수술	L081	4
	531. 신장,신우및요관결석수술	L082	4
	532. 경요도적요관결석수술	L083	2
	533. 방광및요도결석수술	L084	4
	534. 연성내시경하수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	535. 요로결석제거를위한체외충격파쇄석술,복잡	L091	1
	536. 요로결석제거를위한체외충격파쇄석술,단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	537. 신장및비뇨기질환의신경자극기설치술	L101	3
	538. 신장및비뇨기질환의시험적거치술	L102	1
요로 질환 수술	539. 경요도요로질환수술	L111	1
	540. 외상및감염성요로질환수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의	541. 기타신장및비뇨기질환의경피적시술	L120	2

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
경피적 시술			
기타 신장 및 비뇨기계 시술	542. 혈액투석을위한단락또는동정맥루조성술	L131	2
	543. 혈액투석동정맥루의경피적수술,복잡	L132	2
	544. 혈액투석동정맥루의경피적수술,단순	L133	2
	545. 기타신장및비뇨기계시술	L134	1
방광요도경 시술	546. 방광요도경시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	547. 신장및비뇨기질환의경피적배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	548. 신장및비뇨기질환의경피적경화술	L530	1
남성 골반 수술	549. 남성골반수술	M010	1
전립선 적출술	550. 주요전립선적출술	M021	4
	551. 기타전립선적출술	M022	3
기타 전립선 수술	552. 기타전립선수술	M030	1
음경 수술	553. 복잡음경수술	M041	1
	554. 단순음경수술	M042	1
	555. 페이로니병수술	M043	1
포경 수술	556. 포경수술	M050	1
요도 수술	557. 주요요도수술	M061	1
	558. 단순요도수술	M062	1
음낭 수술	559. 복잡음낭수술	M071	1
	560. 단순음낭수술	M072	1
고환 수술	561. 복강경을이용한복잡고환수술	M081	4
	562. 개복에의한복잡고환수술	M082	4
	563. 단순고환수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	564. 복강경을이용한정계정맥류	M091	4
	565. 개복에의한정계정맥류	M092	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	566. 고환및생식기적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	567. 기타남성생식기계시술(악성종양의경우)	M101	4
	568. 기타남성생식기계시술(악성종양제외)	M102	1
방광요도경 시술	569. 방광요도경시술	M500	1
자궁수술 (악성종양의경우)	570. 복강경을이용한자궁수술(악성종양의경우)	N011	7
	571. 개복에의한자궁수술(악성종양의경우)	N012	7
주요자궁절제술 (악성종양제외)	572. 복강경을이용한주요자궁절제술(악성종양제외)	N021	2
	573. 개복에의한주요자궁절제술(악성종양제외)	N022	2
단순자궁수술 (악성종양제외)	574. 복강경을이용한단순자궁수술(악성종양제외)	N031	2
	575. 개복에의한단순자궁수술(악성종양제외)	N032	2
난소및부속기수술 (악성종양의경우)	576. 복강경을이용한난소및부속기수술(악성종양의경우)	N041	7
	577. 개복에의한난소및부속기수술(악성종양의경우)	N042	7
난소수술 (악성종양제외)	578. 복강경을이용한난소수술(악성종양제외)	N051	2
	579. 개복에의한난소수술(악성종양제외)	N052	2
부속기수술 (악성종양제외)	580. 복강경을이용한부속기수술(악성종양제외)	N061	2
	581. 개복에의한부속기수술(악성종양제외)	N062	2
자궁경부,질및외음부수술(악성종양의경우)	582. 복강경을이용한자궁경부,질및외음부수술(악성종양의경우)	N071	6
	583. 개복에의한자궁경부,질및외음부수술(악성종양의경우)	N072	6
자궁경부,질및외음부수술(악성종양제외)	584. 복강경을이용한자궁경부,질및외음부수술(악성종양제외)	N081	1
	585. 자궁경부,질및외음부수술(악성종양제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	586. 복강경을이용한기타골반수술	N091	1
	587. 개복에의한기타골반수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	588. 복강경을이용한주요여성생식기계복원술	N101	1
	589. 개복에의한주요여성생식기계복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	590. 기타여성생식기계복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	591. 복강경수술	N121	1
자궁경 수술	592. 자궁경수술	N130	1
자궁소파술	593. 치료적자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	594. 복강경을이용한기타여성생식기계수술	N161	1
	595. 개복에의한기타여성생식기계수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	596. 여성생식기계경피적혈관수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	597. 일반제왕절개분만(단태아)	O011	1
	598. 고위험제왕절개분만(단태아)	O012	1
	599. 질식분만시도후제왕절개분만(단태아)	O013	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
제왕절개분만(다태아)	600. 질식분만시도후제왕절개분만(다태아)	O022	1
	601. 일반제왕절개분만(다태아)	O023	1
	602. 고위험제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	603. 복강경을이용한자궁외임신주요수술	O081	4
	604. 개복에의한자궁외임신주요수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	605. 복강경을이용한자궁외임신기타수술	O091	4
	606. 개복에의한자궁외임신기타수술	O092	4
자궁경관봉축술	607. 치료적자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련장애(수술시행)	608. 분만및유산후관련장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	609. 자궁소파술및흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	610. 분만및유산관련자궁적출술	O130	2
비장 절제술	611. 성인의복강경을이용한비장절제술	Q012	4
	612. 성인의개복에의한비장절제술	Q013	4
림프종및백혈병(주요수술시행)	613. 림프종및백혈병(주요수술시행)	R010	4
기타신생물질환(주요수술시행)	614. 기타신생물질환(주요수술시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	615. 다발성중요외상치료목적의개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	616. 다발성중요외상치료목적의근골격계주요수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	617. 다발성중요외상치료목적의복부수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	618. 다발성중요외상치료목적의기타수술	W040	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 하지손상의미세혈관조직이식	X011	3
	620. 하지손상의국소피판및피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	621. 수부손상의미세혈관조직이식	X021	3
	622. 수부손상의국소피판및피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	623. 기타손상의미세혈관조직이식및피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	624. 하지손상의골및관절수술	X041	2
	625. 하지손상의기타수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	626. 수부손상의골및관절수술	X051	2
	627. 수부손상의기타수술	X052	1
기타 손상의 수술	628. 기타손상의수술	X060	1

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
중증화상 (피부이식동반)	629. 중증화상(피부이식동반)	Y010	5
중등도화상 (피부이식혹은흡입 손상을동반)	630. 중등도화상(피부이식혹은흡입손상동반)	Y020	2

주1) 상기의 “수술시술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

1. 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우

[예시]
「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

2. 아래 표에 기재된 「ADRG」

수술시술코드	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술
B502	신경계 면역요법
B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시
B520	자기뇌파검사 지도화
D070	코성형술
D180	구순열 및 구개열 수술
D191	치조골 수술
D192	구강내 점막수술
D193	단순 혀 수술
D300	발치
D502	치아 보존치료
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술
E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술
F501	심장 전기 생리 검사
F502	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술
F503	진단적 관상동맥 조영술
F504	심근생검

F505	심낭천자
G161	선천성 거대결장 및 장무공증 수술
G162	주요 직장항문 기형 수술
G163	기타 직장항문 기형 수술
G331	소화기계 질환을 위한 진단적 시술
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)
H530	진단적 역행성담췌관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L113	선천성 요로 질환 수술
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술

T011	패혈증 수술(합병증 동반)
T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

3. 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”
   - Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

[예시]
거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ “960 DRG”라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는 “수술시술코드”는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술시술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제9차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표14】 악성신생물 분류표

제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 악성신생물로 분류되는 질병은 아래와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표15】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표16】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표17】 본인일부부담금 산정특례 암(4대유사암제외)질환

약관에 규정하는 "중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 수막의 양성 신생물	D32
18. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주5) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표18】 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표19】 주요뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 주요뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
7. 파열되지 않은 대뇌동맥의 박리	I67.0
8. 파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1
9. 모야모야병	I67.5
10. 두개내정맥계통의 비화농성 혈전증	I67.6
11. 달리 분류되지 않은 대뇌동맥염	I67.7
12. 뇌아밀로이드혈관병증(E85.-†)	I68.0
13. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 대뇌동맥염	I68.1
14. 달리 분류된 기타 질환에서의 대뇌동맥염	I68.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표20】 뇌혈관특정질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관특정질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
2. 기타 뇌혈관질환	I67
3. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
4. 뇌혈관질환의 후유증	I69

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표21】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표22】 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표23】 뇌전증 분류표

약관에 규정하는 뇌전증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 뇌전증	G40
2. 뇌전증지속상태	G41

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표24】 특정양성뇌종양 분류표

약관에 규정하는 특정양성뇌종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표25】 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표26】 주요허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 주요허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 불안정협심증	I20.0
2. 연축의 기재가 있는 협심증	I20.1
3. 급성 심근경색증	I21
4. 후속심근경색증	I22
5. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
6. 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증	I24.0
7. 드레슬러증후군	I24.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표27】 허혈성심장특정질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심장특정질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 기타 급성 허혈심장질환	I24
3. 만성 허혈심장병	I25

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표28】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표29】 심혈관특정질환 I 분류표

약관에 규정하는 심혈관특정질환 I 으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 기타 급성 허혈심장질환	I24
3. 만성 허혈심장병	I25
4. 발작성 빈맥	I47
5. 심방세동 및 조동	I48
6. 기타 심장부정맥	I49
7. 심부전	I50

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표30】 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외) 분류표

약관에 규정하는 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 기타 급성 허혈심장질환	I24
3. 만성 허혈심장병	I25
4. 발작성 빈맥	I47
5. 심방세동 및 조동	I48
6. 심부전	I50

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표31】 심혈관특정질환Ⅱ 분류표

약관에 규정하는 심혈관특정질환Ⅱ으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
4. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표32】 심혈관질환 분류표

약관에 규정하는 심혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
7. 발작성 빈맥	I47
8. 심방세동 및 조동	I48
9. 기타 심장부정맥	I49
10. 심부전	I50
11. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표33】 심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표

약관에 규정하는 심혈관질환(기타심장부정맥제외)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
7. 발작성 빈맥	I47
8. 심방세동 및 조동	I48
9. 심부전	I50
10. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표34】 심장판막협착증(대동맥판막) 분류표

약관에 규정하는 심장판막협착증(대동맥판막)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 류마티스성 대동맥협착	I06.0
2. 폐쇄부전이 있는 류마티스성 대동맥협착	I06.2
3. 대동맥판협착	I35.0
4. 폐쇄부전을 동반한 대동맥판협착	I35.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표35】 심근병증 분류표

약관에 규정하는 심근병증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 심근병증	I42
2. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표36】 대상포진 분류표

약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
대상포진	B02

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표37】 대상포진눈병 분류표

약관에 규정하는 대상포진눈병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표38】 통풍 분류표

약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
통풍	M10

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표39】 조기폐경 분류표

약관에 규정하는 조기폐경으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 원발성 난소부전	E28.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표40】 폐경후골다공증 분류표

약관에 규정하는 폐경후골다공증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 병적 골절을 동반한 폐경 후 골다공증	M80.0
2. 폐경 후 골다공증	M81.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표41】 간부전 분류표

약관에 규정하는 간부전으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 알콜성 간부전	K70.4
2. 간괴사를 동반한 독성간질환 약물에 의한(급성, 만성) 간부전	K71.1
3. 달리 분류되지 않은 간부전	K72

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표42】 급성신부전 분류표

약관에 규정하는 급성신부전으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
급성신부전	N17

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표43】 특정전염병 분류표

약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파라티푸스	A01.1~A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장출혈성 대장균감염	A04.3
6. 페스트	A20
7. 파상풍	A33~A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진	B06
14. 볼거리	B26
15. 탄저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 렙토스피라병	A27
18. 성홍열	A38
19. 수막알균수막염(G01*)	A39.0†
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 레지오넬라병, 비폐렴성 레지오넬라[폰티액열]	A48.1, A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50~B54

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표44】 특정5대질병 분류표

약관에 규정하는 특정5대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 관절염	·감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01†) 제외)	M00~M03 (M01.1* 제외)
	·염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외)	M05~M14 (M14.2*제외)
	- 류마티스폐질환(M05.1†)	J99.0*
	·관절증 ·기타 관절장애	M15~M19 M20~M25
2. 백내장	·노년백내장 ·기타 백내장 ·수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
3. 생식기질환	·전립선증식증 ·전립선의 염증성 질환 ·전립선의 기타 장애 ·음낭수종 및 정액류 ·고환의 염전 ·고환염 및 부고환염 ·과잉포피, 포경 및 감돈포경 ·음경의 기타 장애 ·달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 ·남성생식기관의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N40 N41 N42 N43 N44 N45 N47 N48 N49 N50 N51*
	- 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*)	A59.08† B26.0†
	·여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외)	N70~N77 (N74.0*제외) (N74.1*제외)
	·자궁내막증 ·여성생식기탈출 ·여성생식관을 침범한 누공 ·난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애 ·여성생식관의 용종 ·자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 ·자궁경부의 미란 및 외반 ·자궁경부의 이형성 ·자궁경부의 기타 비염증성 장애 ·질의 기타 비염증성 장애 ·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 ·무월경, 소량 및 희발 월경 ·과다, 빈발 및 불규칙 월경 ·기타 이상 자궁 및 질 출혈 ·여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태 ·폐경 및 기타 폐경전후 장애 ·달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N80 N81 N82 N83 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94 N95 N99

대상질병		분류번호
4. 피부질환	·내향성 손발톱 ·피부 및 피하조직의 모낭낭 ·티눈 및 굳은살	L60.0 L72 L84
5. 대장용종	·결장의 용종 ·결장,직장,항문 및 항문관의 양성 신생물 (항문 및 항문관의 양성 신생물 제외)	K63.5 D12 (D12.9제외)

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 아래에 해당하는 질병분류코드를 동시에 진단받은 경우에는 "특정5대질병"으로 보지 않습니다.

① "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)"

② "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)"

③ "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)"

【별표45】 특정9대질병 분류표

약관에 규정하는 특정9대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 관절염	·감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01†) 제외)	M00~M03 (M01.1*제외)
	·염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외)	M05~M14 (M14.2*제외)
	- 류마티스폐질환(M05.1†)	J99.0*
	·관절증 ·기타 관절장애	M15~M19 M20~M25
2. 백내장	·노년백내장 ·기타 백내장 ·수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
3. 생식기질환	·전립선증식증 ·전립선의 염증성 질환 ·전립선의 기타 장애 ·음낭수종 및 정액류 ·고환의 염전 ·고환염 및 부고환염 ·과잉포피, 포경 및 감돈포경 ·음경의 기타 장애 ·달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 ·남성생식기관의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N40 N41 N42 N43 N44 N45 N47 N48 N49 N50 N51*
	- 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*)	A59.08† B26.0†
	·여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외)	N70~N77 (N74.0*제외) (N74.1*제외)
	·자궁내막증 ·여성생식기탈출 ·여성생식관을 침범한 누공 ·난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애 ·여성생식관의 용종 ·자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 ·자궁경부의 미란 및 외반 ·자궁경부의 이형성 ·자궁경부의 기타 비염증성 장애 ·질의 기타 비염증성 장애 ·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 ·무월경, 소량 및 희발 월경 ·과다, 빈발 및 불규칙 월경 ·기타 이상 자궁 및 질 출혈 ·여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태 ·폐경 및 기타 폐경전후 장애	N80 N81 N82 N83 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94 N95

대상질병		분류번호
	·달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
4. 피부질환	·내향성 손발톱 ·피부 및 피하조직의 모낭낭 ·티눈 및 굳은살	L60.0 L72 L84
5. 대장용종	·결장의 용종 ·결장,직장,항문 및 항문관의 양성 신생물 (항문 및 항문관의 양성 신생물 제외)	K63.5 D12 (D12.9제외)
6. 후각특정질환	·혈관운동성 및 알레르기성 비염 ·만성 비염, 비인두염 및 인두염 ·코용종 ·코 및 비동의 기타 장애	J30 J31 J33 J34
7. 유방의 장애 및 양성 신생물	·유방의 양성 신생물 ·유방의 장애	D24 N60~N64
8. 피부종양	·양성 지방종성 신생물 ·피부의 기타 양성 신생물	D17 D23
9. 갑상선 질환 및 양성 신생물	·갑상선의 장애 ·갑상선의 양성 신생물	E00~E07 D34

주1) 아래에 해당하는 질병분류코드를 동시에 진단받은 경우에는 “특정9대질병”으로 보지 않습니다.
① “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)”
② “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)”
③ “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)”

주2) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주4) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표46】 124대질병 분류표

약관에 규정하는 124대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1) 특정10대질병 분류표

대상질병		분류번호
1. 심장질환	·급성 류마티스열 ·만성 류마티스심장질환 ·허혈심장질환 ·폐성 심장병 및 폐순환의 질환 ·기타 형태의 심장병	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*) - 수막알균성 심내막염(I39.8*) - 수막알균성 심근염(I41.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
	- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†
2. 고혈압질환	·본태성(원발성) 고혈압 ·고혈압성 심장병 ·고혈압성 신장병 ·고혈압성 심장 및 신장병 ·이차성 고혈압 ·고혈압성 뇌병증	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4
3. 뇌혈관질환	·뇌혈관질환	I60~I69
4. 신부전	·신부전	N17~N19
5. 패혈증	·연쇄알균패혈증 ·기타 패혈증	A40 A41
6. 크로이츠펠트-야콥병	·크로이츠펠트-야콥병	A81.0
7. 파킨슨병	·파킨슨병 ·이차성 파킨슨증	G20 G21
8. 뇌전증	·뇌전증 ·뇌전증지속상태	G40 G41
9. 대동맥류	·대동맥동맥류 및 박리	I71
10. 중추신경계통의 탈수초질환	·다발경화증 ·기타 급성 파종성 탈수초 ·중추신경계통의 기타 탈수초질환	G35 G36 G37

2) 특정13대질병A 분류표

대상질병		분류번호
1. 결핵	·결핵 ·결핵의 후유증	A15~A19 B90
	- 결핵관절염(A18.01†) - 척추의 결핵(A18.00†) - 뼈의 결핵(A18.02†) - 결핵성 방광염(A18.11†) - 자궁경부의 결핵감염(A18.17†) - 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) - 결핵성 복막염(A18.30†)	M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1* K67.3*

대상질병		분류번호
	– 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3–†)	K93.0*
2. 당뇨병질환	·1형 당뇨병	E10
	·2형 당뇨병	E11
	·영양실조–관련 당뇨병	E12
	·기타 명시된 당뇨병	E13
	·상세불명의 당뇨병	E14
	– 당뇨병성 단일신경병증	G59.0*
	– 당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
	– 당뇨병성 백내장	H28.0*
	– 당뇨병성 망막병증	H36.0*
	– 당뇨병성 관절병증	M14.2*
	– 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3*
3. 수막염	·달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	·달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01*
	– 리스테리아 수막염 및 수막뇌염	A32.1†
	– 수막알균수막염(G01*)	A39.0†
	·달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02*
	– 엔테로바이러스수막염(G02.0*)	A87.0†
	– 아데노바이러스수막염(G02.0*)	A87.1†
	– 헤르페스바이러스수막염(G02.0*)	B00.3†
	– 수막염이 합병된 홍역(G02.0*)	B05.1†
	– 볼거리수막염(G02.0*)	B26.1†
	– 신경학적 합병증을 동반한 풍진	B06.0†
	– 수두수막염(G02.0*)	B01.0†
	– 대상포진수막염(G02.0*)	B02.1†
	– 칸디다수막염(G02.1*)	B37.5†
	– 콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)	B38.4†
	·기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
4. 뇌 및 척수의 염증성질환	·뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	·달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05*
	– 아메바성 뇌농양(G07*)	A06.6†
	– 엔테로바이러스뇌염(G05.1*)	A85.0†
	– 아데노바이러스뇌염(G05.1*)	A85.1†
	– 헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)	B00.4†
	– 수두뇌염(G05.1*)	B01.1†
	– 대상포진뇌염(G05.1*)	B02.0†
	– 뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)	B05.0†
	– 볼거리뇌염(G05.1*)	B26.2†
	·두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	·달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07*
	·두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	·중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
5. 폐렴	·달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	·폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	·인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	·달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	·달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	·달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*
	– 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
	– 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†

대상질병		분류번호
	- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*) - 폐톡소포자충증(J17.3*)	B25.0† B58.3†
	·상세불명 병원체의 폐렴 ·레지오넬라병	J18 A48.1
6. 만성하부 호흡기 질환	·급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 ·단순성 및 점액화농성 만성 기관지염 ·상세불명의 만성 기관지염 ·천식 ·천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
7 . 간질환	·바이러스간염	B15~B19
	·간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*) - 톡소포자충간염(K77.0*)	B25.1† B58.1†
8. 위·십이지장궤양	·위궤양 ·십이지장궤양 ·상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
9. 위공장궤양	·위공장궤양	K28
10. 급성췌장염	·급성 췌장염	K85
11. 췌장질환	·췌장의 기타 질환	K86
	·달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87*
	- 거대세포바이러스췌장염(K87.1*) - 볼거리췌장염(K87.1*)	B25.2† B26.3†
12. 비장질환	·비장의 질환	D73
13. 중증근무력증	·중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70

3) 특정13대질병B 분류표

대상질병		분류번호
1. 폐질환	·폐 및 종격의 농양 ·농흉 ·달리 분류되지 않은 흉막삼출액 ·달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액 ·흉막판 ·기흉 ·기타 흉막의 병태	J85 J86 J90 J91* J92 J93 J94
2. 간·담관·췌장의 양성 신생물	·간의 양성 신생물 ·간외담관의 양성 신생물 ·췌장의 양성 신생물 ·내분비췌장의 양성 신생물	D13.4 D13.5 D13.6 D13.7
3. 수막의 양성 신생물	·수막의 양성 신생물	D32
4. 뇌 및 중추 신경계통의 양성 신생물	·뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
5. 부갑상선기능질환	·부갑상선기능저하증 ·부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E20 E21

대상질병		분류번호
6. 뇌하수체기능질환	·뇌하수체의 기능항진 ·뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E22 E23
7. 뇌성마비	·뇌성마비	G80
8. 자율신경 계통의 장애	·자율신경계통의 장애	G90
9. 수두증	·수두증	G91
10. 버거씨병	·폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
11. 기관지·폐의 특정질환	·폐기종 ·기타 만성 폐쇄성 폐질환 ·기관지확장증	J43 J44 J47
12. 폐부종	·폐부종	J81
13. 특정호흡기질환	·달리 분류되지 않은 폐호산구증가 ·기타 간질성 폐질환	J82 J84

4) 30대경증질병 분류표

대상질병		분류번호
1. 특정 소화기 양성 신생물	·식도의 양성 신생물 ·위의 양성 신생물 ·십이지장의 양성 신생물 ·기타 및 상세불명 부분 소장의 양성 신생물 ·부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13.0 D13.1 D13.2 D13.3 D13.9
2. 기타 흉곽내기관의 양성 신생물	·기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
3. 골 및 관절연골의 양성 신생물	·골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
4. 조직의 양성 신생물	·중피조직의 양성 신생물 ·후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물 ·결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
5. 눈 및 부속기의 양성 신생물	·눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
6. 갑상선의 양성신생물	·갑상선의 양성 신생물	D34
7. 기타 내분비선의 양성 신생물	·기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
8. 안면신경장애	·삼차신경의 장애 ·안면신경장애 ·기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52
9. 단일신경병증	·팔의 단일신경병증 (손목터널증후군 제외) ·다리의 단일신경병증 ·기타 단일신경병증 ·달리 분류된 질환에서의 기타 단일신경병증	G56 (G56.0제외) G57 G58 G59.8*
10. 마비	·편마비 ·하반신마비 및 사지마비 ·기타 마비증후군	G81 G82 G83

대상질병		분류번호
11. 동맥 및 세동맥의 질환	·동맥색전증 및 혈전증 ·동맥 및 세동맥의 기타 장애	I74 I77
12. 특정부위의 탈장	·대퇴탈장 ·배꼽탈장 ·복벽탈장 ·횡격막탈장 ·기타 복부탈장 ·상세불명의 복부탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46
13. 비감염성장염 및 결장염	·크론병[국소성 장염] ·궤양성 대장염 ·기타 비감염성 위장염 및 결장염	K50 K51 K52
14. 특정장질환	·장의 혈관장애 ·탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐쇄 ·장의 게실병	K55 K56 K57
15. 복막의 질환	·복막염 ·복막의 기타 장애 ·달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애 (결핵성 복막염(A18.30†) 제외)	K65 K66 K67* (K67.3*제외)
16. 통풍	·통풍	M10
17. 골수염	·골수염	M86
18. 골괴사증	·골괴사	M87
19. 뼈의 파젯병	·뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
20. 기타 비대성 골관절병증	·기타 비대성 골관절병증	M89.4
21. 사구체질환	·사구체질환 (당뇨병에서의 사구체장애 제외)	N00~N08 (N08.3*제외)
22. 신세뇨관-간질질환	·신세뇨관-간질질환	N10~N16
23. 신장 및 요관의 기타 장애	·신장 및 요관의 기타 장애	N25~N29
24. 방광의 기타 질환	·방광염 ·달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 ·방광의 기타 장애	N30 N31 N32
25. 하부호흡계통 및 흉곽의 양성종양	·기관의 양성 신생물 ·기관지 및 폐의 양성 신생물 ·상세불명의 호흡계통의 양성 신생물	D14.2 D14.3 D14.4
26. 여성생식기의 양성 신생물	·자궁의 평활근종 ·자궁의 기타 양성 신생물 ·난소의 양성 신생물 ·기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D25 D26 D27 D28
27. 남성생식기의 양성 신생물	·남성생식기관의 양성 신생물	D29
28. 비뇨기관의 양성 신생물	·비뇨기관의 양성 신생물	D30
29. 동맥경화증	·죽상경화증	I70
30. 갑상선 질환	·갑상선의 장애	E00~E07
	- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0†)	H06.2*
	·처치후 갑상선기능저하증	E89.0

5) 50대경증질병 분류표

대상질병		분류번호
1. 유방의 양성 신생물	·유방의 양성 신생물	D24
2. 상부호흡계통의 양성종양	·중이, 비강 및 부비동의 양성 신생물	D14.0
3. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	·공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
	- 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*)	B30.0†
4. 시신경 및 시각경로의 장애	·시신경염 ·시[제2]신경 및 시각경로의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 시[제2]신경 및 시각경로의 장애	H46 H47 H48*
5. 맥락막 및 망막의 장애	·맥락막 및 망막의 장애 (황반 및 후극부의 변성 제외) (당뇨병성 망막병증 제외)	H30~H36 (H35.3제외) (H36.0*제외)
6. 유리체의 장애	·유리체의 장애	H43
7. 외이의 질환	·외이염 ·외이의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 외이의 장애	H60 H61 H62*
8. 중이염	·비화농성 중이염 ·화농성 및 상세불명의 중이염 ·달리 분류된 질환에서의 중이염	H65 H66 H67*
9. 중이 및 유돌의 질환	·귀인두관염 및 귀인두관 폐색 ·귀인두관의 기타 장애 ·유돌염 및 관련 병태 ·중이의 진주종 ·고막의 천공 ·고막의 기타 장애 ·중이 및 유돌의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 중이 및 유돌의 기타 장애	H68 H69 H70 H71 H72 H73 H74 H75*
10. 귀경화증	·귀경화증	H80
11. 내이의 질환 (귀경화증 제외)	·전정기능의 장애 ·달리 분류된 질환에서의 현기증후군 ·내이의 기타 질환	H81 H82* H83
12. 귀의 기타 장애	·귀의 기타 장애	H90~H95
13 림프절염	·비특이성 림프절염 ·림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I88 I89
14. 급성 상기도감염	·급성 상기도감염	J00~J06
15. 후각특정질환	·혈관운동성 및 알레르기성 비염 ·만성 비염, 비인두염 및 인두염 ·코용종 ·코 및 비동의 기타 장애	J30 J31 J33 J34
16. 축농증	·만성 부비동염	J32
17. 편도염	·편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
18. 인후부위의 특정질환	·편도주위농양 ·만성 후두염 및 후두기관염 ·상기도의 기타 질환	J36 J37 J39
19. 성대결절	·달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38

대상질병		분류번호
	·후두의 양성 신생물	D14.1
20. 식도 질환	·식도염 ·위-식도역류병 ·식도의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K20 K21 K22 K23*
21. 위·십이지장 질환	·위염 및 십이지장염 ·기능성 소화불량	K29 K30
22. 사타구니 탈장	·사타구니탈장	K40
23. 기타 소화기 질환	·위 및 십이지장의 기타 질환 ·장의 기타 질환 ·장흡수장애 ·소화계통의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 기타 소화기관장애 (장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-†)제외)	K31 K63 K90 K92 K93* (K93.0*제외)
24. 담석증	·담석증	K80
25. 담낭 및 담도의 질환	·담낭염 ·담낭의 기타 질환 ·담도의 기타 질환	K81 K82 K83
26. 관절염 및 다발관절병증	·감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01†) 제외)	M00~M03 (M01.1*제외)
	·염증성 다발관절병증 (통풍 제외) (당뇨병성 관절병증 제외)	M05~M14 (M10제외) (M14.2*제외)
	- 류마티스폐질환(M05.1†)	J99.0*
27. 관절증	·관절증	M15~M19
28. 사지후천변형	·손가락 및 발가락의 후천변형 ·사지의 기타 후천변형	M20 M21
29. 관절장애	·무릎뼈의 장애 ·무릎의 내부장애 ·기타 특정 관절장애 ·달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M22 M23 M24 M25
30. 척추변형 (변형성 등병증)	·척주후만증 및 척주전만증 ·척주측만증 ·척추골연골증 ·기타 변형성 등병증	M40 M41 M42 M43
31. 척추병증	·강직척추염 ·기타 염증성 척추병증 ·척추증	M45 M46 M47
	·기타 척추병증	M48
	- 척추증에서의 신경근 및 신경총 압박(M47.-†) - 기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박 (M45-M46†, M48.-†, M53-M54†)	G55.2* G55.3*
32. 추간판장애	·경추간판장애 ·기타 추간판장애	M50 M51
33. 특정 누적외상성 질환	·결합조직의 기타 전신침범 ·사용, 과용 및 압박에 관련된 연조직장애 ·기타 윤활낭병증 ·섬유모세포장애 (발바닥근막성 섬유종증 제외)	M35 M70 M71 M72 (M72.2제외)

대상질병		분류번호
	·달리 분류된 질환에서의 연조직장애 ·발을 제외한 다리의 골부착부병증 ·기타 골부착부병증 ·달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	M73* M76 M77 M79
34. 어깨병변	·어깨병변 (어깨의 유착성 관절낭염 제외)	M75 (M75.0제외)
35. 근육장애	·근육 장애	M60~M63
36. 윤활막 및 힘줄장애	·윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
37. 기타 등병증	·달리 분류되지 않은 기타 등병증 ·등통증	M53 M54
38. 골다공증	·병적 골절을 동반한 골다공증 ·병적 골절이 없는 골다공증 ·달리 분류된 질환에서의 골다공증 ·골연속성의 장애	M80 M81 M82* M84
39. 연골병증	·고관절 및 골반의 연소성 골연골증 ·기타 연소성 골연골증 ·기타 골연골병증 ·연골의 기타 장애	M91 M92 M93 M94
40. 신장 및 요관의 결석	·신장 및 요관의 결석	N20
41. 방광의 결석	·방광의 결석	N21.0
42. 요도결석증	·요도결석 ·기타 하부요로결석 ·상세불명의 하부요로결석	N21.1 N21.8 N21.9
43. 비뇨기의 기타질환	·상세불명의 신장 급통증 ·달리 분류된 질환에서의 방광장애 (결핵성 방광염(A18.11†) 제외) ·달리 분류된 질환에서의 요도장애 ·비뇨계통의 기타 장애	N23 N33* (N33.0*제외) N37* N39
44. 전립선 질환	·전립선증식증 ·전립선의 염증성 질환 ·전립선의 기타 장애	N40 N41 N42
45. 남성 생식기관의 질환	·음낭수종 및 정액류 ·고환의 염전 ·고환염 및 부고환염 ·달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 ·남성생식기관의 기타 장애	N43 N44 N45 N49 N50
	·달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N51*
	- 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*)	A59.08† B26.0†
46. 유방의 장애	·유방의 장애	N60~N64
47. 난소 및 난관의 질환	·난관염 및 난소염 ·난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N70 N83
48. 여성골반내 기관의 염증성질환	·자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환 ·자궁경부의 염증성 질환 ·기타 여성골반염증질환 ·달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외)	N71 N72 N73 N74* (N74.0*제외) (N74.1*제외)

대상질병		분류번호
	·바르톨린선의 질환 ·질 및 외음부의 기타 염증 ·달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N75 N76 N77*
49. 여성생식관의 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	·자궁내막증 ·여성생식기탈출 ·여성생식관을 침범한 누공 ·여성생식관의 용종 ·자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 ·자궁경부의 미란 및 외반 ·자궁경부의 이형성 ·자궁경부의 기타 비염증성 장애 ·질의 기타 비염증성 장애 ·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 ·무월경, 소량 및 희발 월경 ·과다, 빈발 및 불규칙 월경 ·기타 이상 자궁 및 질 출혈 ·여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태 ·폐경 및 기타 폐경전후 장애	N80 N81 N82 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94 N95
50. 비뇨생식계통의 기타 장애	·달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

6) 7대생활질병 분류표

대상질병		분류번호
1. 하지의 정맥류	·하지의 정맥류	I83
2. 발바닥근막성 섬유종증	·발바닥근막성 섬유종증	M72.2
3. 어깨의 유착성 관절낭염	·어깨의 유착성 관절낭염	M75.0
4. 손목터널증후군	·손목터널증후군	G56.0
5. 안검하수	·안검하수	H02.4
6. 수면무호흡증	·수면무호흡증	G47.3
7. 전신결합조직 장애	·전신홍반루푸스 ·피부다발근염 ·전신경화증	M32 M33 M34

7) 치핵 분류표

대상질병	분류번호
치핵 및 항문주위정맥혈전증 – 포함 : 치질 – 제외 : 합병증(출산 및 산후기(O87.2), 임신(O22.4))	K64

주1) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다. (자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)

주2) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주4) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주5) H35.0(배경망막병증 및 망막혈관변화)으로 진단받은 경우, 의사 소견서상 고혈압성 망막병증으로 확인된 경우에 한하여 “특정10대질병” 중 “고혈압질환”으로 봅니다.

【별표47】 7대기관질병 분류표

약관에 규정하는 7대기관질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호
1. 간관련 질병	·바이러스간염	B15~B19
	·간의 질환	K70~K77
	– 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
	– 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†
2. 심장관련 질병	·급성 류마티스열 ·만성 류마티스심장질환 ·허혈심장질환 ·폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28
	·기타 형태의 심장병	I30~I52
	– 수막알균성 심장막염(I32.0*) – 수막알균성 심내막염(I39.8*) – 수막알균성 심근염(I41.0*) – 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
	– 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†
3. 신부전	·신부전	N17~N19
4. 특정장질환	·장의 혈관장애 ·탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐쇄 ·장의 게실병	K55 K56 K57
5. 뇌혈관질환	·뇌혈관질환	I60~I69
6. 폐질환	·폐기종 ·기타 만성 폐쇄성 폐질환 ·기관지확장증 ·하기도의 화농성 및 괴사성 병태 ·흉막의 기타 질환	J43 J44 J47 J85~J86 J90~J94
7. 담낭, 담도 및 췌장질환	·담낭염 ·담낭의 기타 질환 ·담도의 기타 질환 ·급성 췌장염 ·췌장의 기타 질환	K81 K82 K83 K85 K86
	·달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87*
	– 거대세포바이러스췌장염(K87.1*)	B25.2†
	– 볼거리췌장염(K87.1*)	B26.3†

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표48】 유방수술 분류표

약관에 규정하는 유방수술로 분류되는 항목은 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)에 의한 수술 및 처치코드 중 다음에 해당하는 수술을 말합니다.

수술	코드
유방수술 (유방의 진단적 처치) (유방의 흡인) (유방내 치료약물의 주입)	85 (85.1 제외) (85.91 제외) (85.92 제외)

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표49】 자궁적출수술 분류표

약관에 규정하는 자궁적출수술로 분류되는 항목은 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)에 의한 수술 및 처치코드 중 다음에 해당하는 수술을 말합니다.

수술	코드
복식 부분자궁적출술(Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
복식 전자궁적출술(Total abdominal hysterectomy)	68.4
질식 전자궁적출술(Vaginal hysterectomy)	68.5
복식 근치자궁적출술(Radical abdominal hysterectomy)	68.6
질식 근치자궁적출술(Radical vaginal hysterectomy)	68.7
골반 장기적출술(Pelvic evisceration)	68.8
기타 및 상세불명 자궁적출술(Other and unspecified hysterectomy)	68.9

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표50】 제왕절개수술 분류표

약관에 규정하는 제왕절개수술로 분류되는 항목은 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)에 의한 수술 및 처치코드 중 다음에 해당하는 수술을 말합니다.

수술	코드
1. 고전적 제왕절개	74.0
2. 하부 자궁목 제왕절개	74.1
3. 복막외 제왕절개	74.2
4. 기타 명시된 형태의 제왕절개	74.4
5. 명시되지 않은 기타 제왕절개	74.99

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표51】 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립) 분류표

약관에 규정하는 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분		대상질병	분류번호
1. 간 2. 담관 3. 췌장		·간의 양성 신생물 ·간외담관의 양성 신생물 ·췌장의 양성 신생물	D13.4 D13.5 D13.6
4. 갑상선		·갑상선의 양성 신생물	D34
5. 위·십이지장		·위의 양성 신생물 ·십이지장의 양성 신생물 ·위 및 십이지장의 용종	D13.1 D13.2 K31.7
6. 대장		·맹장의 양성 신생물 ·충수의 양성 신생물 ·상행결장의 양성 신생물 ·횡행결장의 양성 신생물 ·하행결장의 양성 신생물 ·구불결장의 양성 신생물 ·상세불명의 결장의 양성 신생물 ·직장구불결장접합부의 양성 신생물 ·직장의 양성 신생물 ·직장용종 ·결장의 용종	D12.0 D12.1 D12.2 D12.3 D12.4 D12.5 D12.6 D12.7 D12.8 K62.1 K63.5
7. 생식기관	남성	·남성생식기관의 양성 신생물	D29
	여성	·자궁의 평활근종 ·자궁의 기타 양성 신생물 ·난소의 양성 신생물 ·기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물 ·여성생식관의 용종	D25 D26 D27 D28 N84
8. 기관지 및 폐		·기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표52】 급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립) 수술 분류표

약관에 규정하는 급여 특정8대기관 양성종양 및 용종(폴립)수술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위			코드
공통	1. 내시경 종양제거 수술			Q7611~Q7789, QX706
기관	2. 간		간농양(낭종) 수술	
			가. 개복에 의한 흡입 또는 주입술	Q7211
			나. 배액을 위한 간절개술	Q7212
			다. 조대술	Q7213
			라. 낭종적출술	Q7214
	3. 담낭 및 담도		담도낭종수술	
			가. 우회술	Q7331
			나. 절제술	Q7332
			담도종양수술	
			가. 양성	Q7341
	4. 췌장		췌장가성낭종수술	
			가. 조대술	Q7541
			나. 외부배액법	Q7542
			다. 내부배액법	Q7543
			췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
	5. 갑상선		갑상선수술	
			가. 갑상선엽 전절제술	
			(1) 편측	P4551
			(2) 양측	P4552
			나. 갑상선엽 아전절제술	
			(1) 편측	P4553
			(2) 양측	P4554
			갑상선설관낭종절제술	P4558
	6. 위		위폴립절제술	Q2521
	7. 대장		소장 또는 결장의 폴립절제술	Q2645
			장간막종양적출술	
			가. 장관절제를 동반하는것	Q2761
			나. 기타의 것	Q2762
			직장종양의 절제술	
			가. 경항문 접근	Q2891
			나. 경천골 또는 방천골 접근	Q2890
			다. 복부접근	Q2892
			라. 경항문 내시경적 미세수술	Q2893
	8. 생식기관	남성	외성기 종양적출술	
			가. 양성	R4001
		여성	외음부 종양적출술	
			가. 양성	R4066
			질 종양적출술	
			가. 양성	R4070

구분	진료행위			코드
			자궁근종절제술	
			가. 복부접근	
			(1) 단순	R4124
			(2) 복잡	R4127
			나. 질부접근	R4123
			다. 복강경술	
			(1) 단순	R4128
			(2) 복잡	R4129
			자궁경하 자궁근종절제술	
			가. 3cm 미만	R4125
				R4131
			나. 3cm 이상(다발성 포함)	R4126
				R4132
			자궁경관점막폴립절제술	R4240
			자궁경하 자궁내막폴립절제술	R4241
				R4242
			부속기 종양 적출술	
			가. 양성 – 개복술	R4444
			나. 양성 – 복강경하	R4445
	9. 기관지 및 폐		폐쇄기절제술	
			가. 단일	O1401
			나. 2-3개	O1403
			다. 4-5개	O1404
			라. 6개 이상	O1405
			폐구역절제술	O1410
			폐엽절제술	
			가. 단일폐엽절제술	O1421
			나. 쌍폐엽절제술	O1422
			다. 폐엽과 폐구역절제술	O1423
			라. 소매폐엽절제술	O1424

【별표53】 급여 항암방사선치료 분류표

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위				코드
1. 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획				
	기본 체외조사 치료계획	·제1회		HD101
		·제2회부터[1회당]		HD102
	전산화단층촬영 방사선 치료계획	기본 체외조사 치료계획	·제1회	HD103
			·제2회부터[1회당]	HD104
		운동조사법	·제1회	HD016
			·제2회부터	HD416
		수술 중 방사선치료계획		HD017
		입체조형 치료계획	·제1회	HD018
			·제2회부터	HD418
		정위적 방사선수술 계획	·제1회	HD019
			·제2회부터	HD419
		양성자 치료계획	·1~2문 제1회	HD105
			·3문 이상 제1회	HD106
			·제2회부터[1회당]	HD420
		세기변조 방사선치료계획	·제1회	HD041
			·제2회부터	HD441
2. 밀봉소선원치료에 대한 치료계획 및 모의치료				
	·외부접촉조사치료			HD021
	·강내치료, 관내치료		·기본 치료계획	HD024
			·전산화단층촬영 치료계획	HD025
	·조직내치료			HD023
3. 전신조사 및 전신피부전자선 조사에 대한 모의치료 및 치료계획				
	·전신			HD421
	·전림프절			HD422
	·전신피부전자선조사 치료계획			HD423
4. 치료 보조기구 고안 및 제작				
	·차폐물			HD031
	·보상체			HD032
	·고정기구			HD033
5. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술[계획]				HD040
6. 안 종양 근접 방사선치료계획				HD060
7. 체내(체표면)선량측정				HX401
8. 조사면검교정				
	필름 검교정			HY402
	전기적 영상 검교정		·2차원	HY404
			·3차원	HY405
9. 체외조사				
	2.5 Gy 미만			HD451
				HD452
	2.5 Gy이상~5.0 Gy미만			HD453

진료행위				코드
	5.0 Gy이상			HD454
10. 회전조사				
	·저에너지 방사선치료			HD057
	·중에너지 방사선치료			HD058
	·고에너지 방사선치료			HD059
11. 입체조형치료				
	2.5 Gy 미만			HD461
	2.5 Gy 미만(만 18세 미만)			HD462
	2.5 Gy이상~5.0 Gy미만			HD463
	5.0 Gy이상			HD464
12. 개봉선원치료				
	·경구투여방법			HD071
	·정맥주사방법			HD072
	·기타방법[복막천자, 흉강천자, 관절천자 등]			HD073
13. 체내섭취평가				
	·전신스캔방법			HD074
	·단일광자전산화단층촬영방법			HD075
	·양전자방출단층촬영방법			HD076
14. 밀봉소선원치료				
	·외부 근접(접촉)조사치료			HD080
	강내치료	고선량률 분할치료	·1치료기간당	HD081
			·치료중단시	HD082
		저선량률 치료	·방사성 선원 삽입 당일	HD083
			·익일부터	HD084
	조직내치료, 관내치료	고선량률 분할치료	·1치료기간당	HD085
			·치료중단시	HD086
		저선량률 치료	·방사성 선원 삽입 당일	HD087
			·익일부터	HD088
	·방사성입자의 자입치료			HD089
15. 전신조사				
	·전신			HD094
	·전림프절			HD095
16. 전신피부전자선조사				HD096
17. 정위적 방사선 분할치료				HD110
18. 체부 정위적 방사선수술				
	·선형가속기 이용			HD111
	·선형가속기 이용[1회로 치료종결]			HD112
	·사이버나이프 이용			HD211
	·사이버나이프 이용[1회로 치료종결]			HD212
19. 뇌 정위적 방사선수술				
	·감마나이프 이용			HD113
	·사이버나이프 이용			HD114
	·선형가속기 이용			HD115
20. 양성자 치료[1회당]				
	·1~2문치료			HD122

진료행위		코드
	·3문 이상 치료,5.0 Gy 미만	HD123
	·3문 이상 치료,5.0 Gy 이상	HD124
20. 세기변조 방사선치료[1회당]		
	2.5 Gy 미만	HD141
	2.5 Gy 미만(만18세 미만)	HD142
	2.5 Gy 이상 ~ 5.0 Gy 만	HD143
	5.0 Gy 이상	HD144
21. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술[치료]		HD150
22. 안 종양 근접 방사선치료		HD160
23. 수술 중 방사선치료		
	·전자선 이용	HD170
	·저에너지 X선 이용 Low Energy X-ray	HD171

【별표54】 급여 항암약물 분류표

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

약효분류	분류번호
1. 부신호르몬제	245
2. 난포 및 황체호르몬제	247
3. 기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
4. 비타민B제(비타민B1을 제외)	313
5. 기타의 혈액 및 체액용약	339
6. 해독제	392
7. 따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
8. 항악성종양제	421
9. 기타의 종양치료제	429
10. 방사성 의약품	431
11. 주로 악성종양에 작용하는 것	617
12. 기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

【별표55】 카티(CAR-T) 보장 대상 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 미만성 대B-세포림프종	C83.3
2. 급성 림프모구성 백혈병 [ALL]	C91.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표56】 2대주요기관질병 분류표

약관에 규정하는 2대주요기관질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호
1. 뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양	·뇌혈관질환	I60~I69
	·수막의 양성 신생물	D32
	·뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	·뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
	·두개인두관의 양성 신생물	D35.3
	·송과선의 양성 신생물	D35.4
2. 심장질환	·급성 류마티스열	I00~I02
	·만성 류마티스심장질환	I05~I09
	·허혈심장질환	I20~I25
	·폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	·대동맥동맥류 및 박리	I71
	·심장의 양성 신생물	D15.1
	·기타 형태의 심장병	I30~I52
	– 수막알균성 심장막염(I32.0*) – 수막알균성 심내막염(I39.8*) – 수막알균성 심근염(I41.0*) – 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
	– 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표57】 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술 분류표

약관에 규정하는 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
스텐트삽입술	경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관	M6561
	경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관	M6562
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-단일혈관	M6563
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-추가혈관	M6564
	경피적관상동맥스텐트삽입술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등]	M6565
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6567
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-폐동맥	M6604
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-대동맥	M6603
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥]	M6611
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥및장골동맥]	M6612
	대동맥 혈관내 이식편 고정술-경피적 혈관내 스텐트-이식설치술 시 그래프트 고정	M6651
	대동맥 혈관내 이식편 고정술-경피적 혈관내 스텐트-이식설치술 후 그래프트 고정	M6652
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-뇌혈관	M6601
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-경동맥[추골동맥포함]	M6602
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-기타혈관	M6605
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[기타혈관]	M6613
풍선혈관성형술	경피적관상동맥확장술-단일혈관	M6551
	경피적관상동맥확장술-추가혈관	M6552
	경피적관상동맥확장술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술[일차적중재술 등]	M6553
	경피적관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥확장술	M6554
	경피적풍선혈관성형술-대동맥	M6595
	경피적풍선혈관성형술-폐동맥	M6596
	경피적풍선혈관성형술-뇌혈관	M6593
풍선혈관성형술	경피적풍선혈관성형술-경동맥[추골동맥포함]	M6594
	경피적풍선혈관성형술-기타혈관	M6597

【별표58】 특정심장질환 분류표

약관에 규정하는 특정심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 오래된 심근경색증	I25.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표59】 급여 뇌졸중 혈전제거술 분류표

약관에 규정하는 급여 뇌졸중 혈전제거술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
혈전제거술	가. 동맥	
	(4) 기타	O2056
	나. 심부 정맥	
	(4) 기타	O2059
경피적 혈전제거술	나. 기계적 혈전제거술[카테터법]	
	(1) 두개강내 혈관	M6636
	(2) 두개강외 경부혈관	M6637
	(4) 기타혈관	M6639

【별표60】 급여 특정심장질환 혈전제거술 분류표

약관에 규정하는 급여 특정심장질환 혈전제거술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
폐동맥 혈전제거술	폐동맥 혈전제거술	O1950
혈전제거술	다. 심장	O0260
경피적 혈전제거술	나. 기계적 혈전제거술[카테터법]	
	(3) 관상동맥	M6638
	(4) 기타혈관	M6639

【별표61】 여성 특정유방질환 분류표

약관에 규정하는 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 양성신생물	D24
2. 양성 유방형성이상	N60
3. 유방의 염증성 장애	N61
4. 유방의 상세불명의 덩이	N63
5. 유방의 기타 장애	N64

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표62】 급여 갑상선바늘생검조직병리검사 분류표

약관에 규정하는 급여 갑상선바늘생검조직병리검사로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
갑상선바늘생검조직병리검사	갑상선생검-침생검	C8591

【별표63】 급여 유방바늘생검조직병리검사 분류표

약관에 규정하는 급여 유방바늘생검조직병리검사로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
유방바늘생검조직병리검사	유방생검[편측]-침생검	C8641

【별표64】 자궁근종 분류표

약관에 규정하는 자궁근종으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
자궁의 평활근종	D25

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표65】 특정뇌동맥질환 분류표

약관에 규정하는 특정뇌동맥질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
파열되지 않은 대뇌동맥의 박리	I67.0
파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표66】 급여 혈관색전술 분류표

약관에 규정하는 급여 혈관색전술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	진료행위코드
뇌혈관[척추포함] 동맥류 – 보조물지지	M1661
뇌혈관[척추포함] 동맥류 - 기타의 경우	M1662

【별표67】 급여 관상동맥성형술 분류표

약관에 규정하는 급여 관상동맥성형술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	코드
경피적 관상동맥확장술	단일혈관	M6551
	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술 [일차적중재술 등]	M6553
	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술	M6554
	추가혈관	M6552
경피적 관상동맥스텐트삽입술	단일혈관	M6561
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6563
	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 [일차적중재술 등]	M6565
	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6567
	추가혈관	M6562
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6564
경피적 관상동맥죽상반절제술	단일혈관	M6571
	추가혈관	M6572

【별표68】 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표

약관에 규정하는 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
부정맥의 고주파절제술	부정맥의 고주파절제술	
	상심실성 부정맥	M6541
	상심실성 부정맥 – 중격천자	M6544
	심방세동	M6542
	심방세동 – 중격천자	M6545
	심방세동 – 하대정맥–삼첨판륜 협부에 대한선형절제술	M0654
	심실성 부정맥	M6543
	삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술	
	상심실성 부정맥	M6546
	상심실성 부정맥 – 중격천자	M6549
	심방세동	M6547
	심방세동 – 중격천자	M6540
	심실성 부정맥	M6548
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M6550
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 – 중격천자	M6556
부정맥의 냉각절제술	부정맥의 냉각절제술	
	상심실성 부정맥	M0657
	상심실성 부정맥 – 중격천자	M0653
	심방세동	M0658
	심방세동 – 중격천자	M0655
	심방세동 – 하대정맥–삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술	M0659
	심방세동 – 냉각풍선절제술	M0651
	심방세동 - 냉각풍선절제술 – 중격천자	M0652
	심실성 부정맥	M0661
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M0662
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 – 중격천자	M0656

【별표69】 독감(인플루엔자) 분류표

약관에 규정하는 독감(인플루엔자)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
2. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표70】 추간판장애 분류표

약관에 규정하는 추간판장애로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 경추간판장애	M50
2. 기타 추간판장애	M51

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표71】 관절증(엉덩,무릎) 분류표

약관에 규정하는 관절증으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상상병	분류번호
1. 고관절증	·양쪽 원발성 고관절증	M16.0
	·기타 원발성 고관절증	M16.1
	·형성이상으로 인한 양쪽 고관절증	M16.2
	·기타 형성이상성 고관절증	M16.3
	·양쪽 외상후 고관절증	M16.4
	·기타 외상후 고관절증	M16.5
2. 무릎관절증	·양쪽 원발성 무릎관절증	M17.0
	·기타 원발성 무릎관절증	M17.1
	·양쪽 외상후 무릎관절증	M17.2
	·기타 외상후 무릎관절증	M17.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표72】 유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술로 분류되는 항목은 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)에 의한 수술 및 처치코드 중 다음에 해당하는 수술을 말합니다.

수술	코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다

【별표73】 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표

약관에 규정하는 급여 창상봉합술(안면부제외)로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB029
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 90.28점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 90.28점을 추가 가산한다.	SB030
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm미만)	SB031
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SB032
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB039
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 90.28점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 90.28점을 추가 가산한다.	SB040
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SC029
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 118.61점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 118.61점을 추가 가산한다.	SC030
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5cm미만)	SC031
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SC032
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SC039
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 118.61점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 118.61점을 추가 가산한다.	SC040

【별표74】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환

약관에 규정하는 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환”으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 뇌혈관 질환	I60~I67
2. 경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
3. 후천성 동정맥루	I77.0
4. 순환계통의 기타 선천기형	Q28.0~Q28.3
5. 두개내손상	S06

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주5) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표75】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에서 규정하는 “중증질환자 뇌혈관질환 수술”이란 “중증질환자 뇌혈관질환”으로 인한 아래의 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) [별첨1]에 해당하는 수술을 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 수술 해당 여부를 판단합니다.

수술명	수술코드
혈종제거를 위한 개두술	S4621,S4622
뇌동맥류수술	S4641~S4644
뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
두개강내 혈관문합술	S4661~S4664
단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
뇌엽절제술	S4780
뇌 기저부 수술	S4801~S4803
중추신경계정위수술 - 혈종제거	S4756
경피적풍선혈관성형술	M6593, M6594, M6597
경피적뇌혈관약물성형술	M6599
경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601, M6602, M6605
경피적혈전제거술	M6630, M6632, M6635, M6636, M6637, M6639
혈관색전술	M1661~M1663, M1676, M1677, M1667, M6644
천두술	N0322~N0324
개두술 또는 두개절제술	N0333, N0336, N0337
혈관내 죽종제거술	O0226, O0227, O2066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술	S4744
뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표76】 본인일부부담금 산정특례 심장질환

약관에 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
만성 류마티스 심장질환	I05~I09
허혈심장질환	I20~I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
기타 형태의 심장병	I30~I51
대동맥의죽상경화증	I70.0
대동맥동맥류 및 박리	I71
달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
대동맥궁증후군[다키야스]	M31.4
순환계통의 선천기형	Q20~Q25
대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9
흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주5) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표77】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에서 규정하는 “중증질환자 심장질환 수술”이란 “중증질환자 심장질환”으로 인한 아래의 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 「국민건강보험법 시행령」제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)[별첨2]에 해당하는 수술을 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 수술 해당 여부를 판단합니다.

수술명	수술코드
동맥관 우회로 조성술	OA640~OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649
심장 창상봉합술	O1660
동맥관개존폐쇄술	O1671, O1672
대동맥축착증수술	O1680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
심혈관단락술	O1701, O1702
폐동맥결찰술	O1703, O1704
심방중격결손조성술	O1705
심방, 심실중격결손증수술	O1710, O1711, O1721~O1723
판막협착증수술	O1730, O1740, O1750, O1760
심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1770
판막성형술	O1781~O1784
인공판막치환술	O1791~O1793, O1797
인공판막재치환술	O1794~O1796, O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1810
심내막상결손증 수술	O1821, O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825, O1826
관상동맥 내막절제술	O1830
발살바동 동맥류파열수술	O1840
동정맥기형교정술	O1841
기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851, O1852
좌우폐동맥 성형술	O1861
기능적 단심실증 교정술	O1873, O1874
라스텔리씨수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
대혈관전위증 수술	O1879
심실 보조장치 치료술	O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889
인공심폐순환	O1890, O1891
개흉심장마사지	O1895
부분체외순환	O1901~O1902
체외순환막형산화요법	O1903~O1904, O1907

수술명	수술코드
국소관류	O1910
대동맥내풍선펌프	O1921, O1922
심낭루조성술	O1931
심낭창형성술	O1932, O1935
심막절제술	O1940
폐동맥혈전제거술	O1950
대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
심내이물제거술	O1970
심장종양제거술	O1981, O1982
심박기거치술	O2001, O2004, O2005, O2009, O0201, O0203~O0210, O0236, O0237, O0241~O0243
부정맥수술	O2006, O2007
심율동전환 제세동기거치술	O0211, O0212, O2211, O2212
동맥류 절제술	O0231, O2021, O2022, O2031~O2033
혈전제거술-심장	O0260
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521, M6522
경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술, 심방세동의 펄스장절제술	M6541~M6543, M6546~M6548, M6550, M0651, M0657, M0658, M0661, M0662, M0670, M0671, M0672
경피적 관상동맥확장술	M6551, M6552, M6553, M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564, M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571, M6572
경피적 대동맥판삽입	M6580, M6581, M6582
경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605
경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6611~M6613
대동맥 혈관내 이식편 고정술	M6651, M6652
경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
경피적 혈전제거술	M6632, M6634, M6638, M6639
혈관색전술	M6644
심장이식술	Q8080
심장 및 폐이식술	Q8103
디케이에스수술	O1853
관상동맥성형술	O1854
대동맥박리수술	O0232~O0234
대동맥근부수술	O0235
심장 재동기화 치료기 거치술	O2221~O2224

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표78】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에서 규정하는 “중증질환자 심장질환 약제”란 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행)[별첨2]에서 정한 아래의 약제를 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 약제 해당 여부를 판단합니다.

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 약제성분이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표79】 본인일부부담금 산정특례 중증화상

약관에 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 중증화상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

상병명(상병코드)		
구분	**중증도 기준**	**체표면적 기준**
1	가. 머리 및 목의 2도 화상(T20.2) 나. 몸통의 2도 화상(T21.2) 다. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상(T22.2) 라. 손목 및 손의 2도 화상(T23.2) 마. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상(T24.2) 바. 발목 및 발의 2도 화상(T25.2) 사. 상세불명 신체부위의 2도 화상(T30.2)	가. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상(T31.2) 나. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상(T31.3) 다. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상(T31.4) 라. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상(T31.5) 마. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상(T31.6) 바. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상(T31.7) 사. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상(T31.8) 아. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상(T31.9)
2	가. 머리 및 목의 3도 화상(T20.3) 나. 몸통의 3도 화상(T21.3) 다. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상(T22.3) 라. 손목 및 손의 3도 화상(T23.3) 마. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상(T24.3) 바. 발목 및 발의 3도 화상(T25.3) 사. 상세불명 신체부위의 3도 화상(T30.3)	가. 신체표면의 10-19%를 침범한 화상(T31.1) 나. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상(T31.2) 다. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상(T31.3) 라. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상(T31.4) 마. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상(T31.5) 바. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상(T31.6) 사. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상(T31.7) 아. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상(T31.8) 자. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상(T31.9)
3	가. 머리 및 목의 3도 화상(T20.3) 중안면부에 수상한 경우 나. 몸통의 3도 화상(T21.3) 중 성기 또는 회음부에 수상한 경우 다. 손목 및 손의 3도 화상(T23.3) 라. 발목 및 발의 3도 화상(T25.3) 마. 눈 및 부속기의 화상(T26.0~T26.4)	
4	가. 호흡기도의 화상(T27.0~T27.3) 나. 기타 내부기관의 화상(T28.0~T28.3)	

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주5) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표80】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술

약관에서 규정하는 “중증화상 수술”이란 “중증화상”으로 인한 아래의 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 수술을 말하며, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 “중증화상의 수술” 해당 여부를 판단합니다.

수술명	수술코드
1. 반흔구축성형술(운동제한이 있는 것)	N0241
2. 반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)	N0242~N0247, NA241~NA243
3. 반흔구축성형술 및 국소피판술(운동제한이 있는 것)	N0249

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표81】 본인일부부담금 산정특례 특정 희귀질환

약관에 규정하는 “본인일부부담금 산정특례 특정 희귀질환”으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상) 별표4(희귀질환자 산정특례 대상)에 해당하는 상병 중 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 헌팅톤병	G10
2. 선천성 비진행성 운동실조	G11.0
3. 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1
4. 만기발병 소뇌성 운동실조	G11.2
5. DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3
6. 유전성 강직성 하반신마비	G11.4
7. 기타 유전성 운동실조	G11.8
8. 상세불명의 유전성 운동실조	G11.9
9. 영아척수성 근위축,I형[베르드니하-호프만]	G12.0
10. 기타 유전성 척추성 근위축	G12.1
11. 운동신경세포병	G12.2
12. 가족성 근위축측상경화증	G12.20
13. 산발형 근위축측삭경화증	G12.21
14. 기타 및 상세불명의 운동세포병	G12.28
15. 기타 척수성 및 근위축 및 관련 증후군	G12.8
16. 상세불명의 척수성 근위축	G12.9
17. 힐러포르덴-스파츠병	G23.0
18. 진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-올세제위스키]	G23.1
19. 리이병	G31.81
20. 다발경화증	G35
21. 시신경척수염[데빅병]	G36.0
22. 기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4

23. 뇌전증지속상태	G41.0
24. 발작수면 및 허탈발작	G47.4
25. 멜커슨증후군	G51.2
26. 유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0
27. 길랭-바레증후군	G61.0
28. 기타 염증성 다발신경병증	G61.8
29. 중증근무력증	G70.0
30. 선천성 및 발달성 근무력증	G70.2
31. 근디스트로피	G71.0
32. 근긴장장애	G71.1
33. 선천성 근병증	G71.2
34. 달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증	G71.3
35. 근육의 상세불명의 원발성 장애	G71.9
36. 주기마비	G72.3
37. 렘베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1*
38. 복합부위통증증후군Ⅰ형	G90.5
39. 복합부위통증증후군Ⅱ형	G90.6
40. 척수공동증 및 연수공동증	G95.0
41. 원발성 폐동맥고혈압	I27.0
42. 기타 명시된 폐성 심장질환	I27.8
43. 확장성 심근병증	I42.0
44. 폐색성 비대성 심근병증	I42.1
45. 기타 비대성 심근병증	I42.2
46. 심내막심근(호산구성)병	I42.3
47. 심내막탄력섬유증	I42.4
48. 간QT증후군	I49.82
49. 모야모야병	I67.5
50. 유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
51. 폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
52. 버드-키아리증후군	I82.0
53. 성인발병 스틸병	M06.1
54. 연소성 류마티스관절염	M08.0
55. 연소성 강직척추염	M08.1
56. 전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
57. (혈청검사음성인)연소성 다발관절염	M08.3
58. 결절성 다발동맥염	M30.0
59. 폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
60. 연소성 다발동맥염	M30.2
61. 과민성 혈관염	M31.0
62. 혈전성 미세관병증	M31.1
63. 베게너육아종증	M31.3
64. 대동맥궁증후군[다끼아수]	M31.4
65. 현미경적 다발혈관염	M31.7
66. 기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1†
67. 연소성 피부근염	M33.0
68. 기타 피부근염	M33.1

69. 다발근염	M33.2
70. 진행성 전신경화증	M34.0
71. 크레스트증후군	M34.1
72. 기타 형태의 전신경화증	M34.8
73. 건조증후군[쉐그렌]	M35.0
74. 기타중복증후군	M35.1
75. 베체트병	M35.2
76. 류마티스성 다발근통	M35.3
77. 미만성(호산구성) 근막염	M35.4
78. 다초점 섬유경화증	M35.5
79. 재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
80. 진행성 골화근염	M61.1
81. 뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
82. 손의 연소성 골연골증	M92.2
83. 성인의 킨뵉병	M93.1
84. 재발성 다발연골염	M94.1
85. 심장중격의 기타 선천기형	Q21.8

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 희귀질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주5) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표82】 본인일부부담금 산정특례 특정 중증난치질환

약관에 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 특정 중증난치질환"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상) 별표4-2(중증난치질환자 산정특례 대상)에 해당하는 상병 중 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 신생물딸림 신경근육병증 및 신경병증	G13.0*
2. 신생물질환에서 일차적으로 중추신경계통을 침범하는 기타 계통성 위축	G13.1*
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 일차적으로 중추신경계통을 침범하는 계통적 위축	G13.8*
4. 파킨슨병	G20
5. 난치성 뇌전증을 동반하지 않은 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련(초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01
6. 난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련(초점성)(부분적)증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21
7. 난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.31

8. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증	G63.0*
9. 독성근신경장애	G70.1
10. 확장성 심근병증	I42.0
11. 기타 비대성 심근병증	I42.28
12. 기타 제한성 심근병증	I42.5
13. 펠티증후군	M05.0
14. 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1†
15. 류마티스혈관염	M05.2
16. 기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3†
17. 기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8
18. 상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9
19. 절단성 관절염(L40.5†)	M07.1*
20. 건선척추염(L40.5†)	M07.2*
21. 기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3*
22. 과민성 혈관염	M31.0
23. 강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0
24. 강직척추염, 후두환축부	M45.1
25. 강직척추염, 경부	M45.2
26. 강직척추염, 경흉추부	M45.3
27. 강직척추염, 흉추부	M45.4
28. 강직척추염, 흉요추부	M45.5
29. 강직척추염, 요추부	M45.6
30. 강직척추염, 요천부	M45.7
31. 강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 중증난치질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주5) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표83】 특정산정특례질환 분류표

약관에 규정하는 특정산정특례질환으로 분류되는 질병·상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병 및 상병을 말합니다.

질병·상병	분류번호
1. 악성 신생물	C00~C97
2. 제자리신생물	D00~D09
3. 수막의 양성 신생물	D32
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
5. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D48
6. 뇌혈관 질환	I60~I67
7. 경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
8. 후천성 동정맥루	I77.0
9. 순환계통의 기타 선천기형	Q28.0~Q28.3
10. 두개내손상	S06
11. 심장의 양성 신생물	D15.1
12. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
13. 만성 류마티스 심장질환	I05~I09
14. 허혈심장질환	I20~I25
15. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
16. 기타 형태의 심장병	I30~I51
17. 대동맥의죽상경화증	I70.0
18. 대동맥동맥류 및 박리	I71
19. 달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
20. 대동맥궁증후군[다카야스]	M31.4
21. 순환계통의 선천기형	Q20~Q25
22. 대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9
23. 흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26
24. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
25. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
26. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
27. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
28. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
29. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
30. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
31. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9

32. 신체표면의 10-19%를 침범한 화상	T31.1
33. 머리 및 목의 2도 화상	T20.2
34. 몸통의 2도 화상	T21.2
35. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상	T22.2
36. 손목 및 손의 2도 화상	T23.2
37. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상	T24.2
38. 발목 및 발의 2도 화상	T25.2
39. 상세불명 신체부위의 2도 화상	T30.2
40. 머리 및 목의 3도 화상	T20.3
41. 몸통의 3도 화상	T21.3
42. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상	T22.3
43. 손목 및 손의 3도 화상	T23.3
44. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상	T24.3
45. 발목 및 발의 3도 화상	T25.3
46. 상세불명 신체부위의 3도 화상	T30.3
47. 눈 및 부속기의 화상	T26.0~T26.4
48. 호흡기도의 화상	T27.0~T27.3
49. 기타 내부기관의 화상	T28.0~T28.3
50. 헌팅톤병	G10
51. 선천성 비진행성 운동실조	G11.0
52. 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1
53. 만기발병 소뇌성 운동실조	G11.2
54. DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3
55. 유전성 강직성 하반신마비	G11.4
56. 기타 유전성 운동실조	G11.8
57. 상세불명의 유전성 운동실조	G11.9
58. 영아척수성 근위축,I형[베르드니히-호프만]	G12.0
59. 기타 유전성 척추성 근위축	G12.1
60. 운동신경세포병	G12.2
61. 기타 척수성 및 근위축 및 관련 증후군	G12.8
62. 상세불명의 척수성 근위축	G12.9
63. 힐러포르덴-스파츠병	G23.0
64. 진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-올세제위스키]	G23.1
65. 리이병	G31.81
66. 다발경화증	G35
67. 시신경척수염[데빅병]	G36.0

68. 기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4
69. 뇌전증지속상태	G41.0
70. 발작수면 및 허탈발작	G47.4
71. 멜커슨증후군	G51.2
72. 유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0
73. 길랭-바레증후군	G61.0
74. 기타 염증성 다발신경병증	G61.8
75. 중증근무력증	G70.0
76. 선천성 및 발달성 근무력증	G70.2
77. 근디스트로피	G71.0
78. 근긴장장애	G71.1
79. 선천성 근병증	G71.2
80. 달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증	G71.3
81. 근육의 상세불명의 원발성 장애	G71.9
82. 주기마비	G72.3
83. 렘베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1*
84. 복합부위통증증후군Ⅰ형	G90.5
85. 복합부위통증증후군Ⅱ형	G90.6
86. 척수공동증 및 연수공동증	G95.0
87. 원발성 폐동맥고혈압	I27.0
88. 기타 명시된 폐성 심장질환	I27.8
89. 유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
90. 폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
91. 버드-키아리증후군	I82.0
92. 성인발병 스틸병	M06.1
93. 연소성 류마티스관절염	M08.0
94. 연소성 강직척추염	M08.1
95. 전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
96. (혈청검사음성인)연소성 다발관절염	M08.3
97. 결절성 다발동맥염	M30.0
98. 폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
99. 연소성 다발동맥염	M30.2
100. 과민성 혈관염	M31.0
101. 혈전성 미세관병증	M31.1
102. 베게너육아종증	M31.3
103. 현미경적 다발혈관염	M31.7

104. 기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1†
105. 연소성 피부근염	M33.0
106. 기타 피부근염	M33.1
107. 다발근염	M33.2
108. 진행성 전신경화증	M34.0
109. 크레스트증후군	M34.1
110. 기타 형태의 전신경화증	M34.8
111. 건조증후군[쉐그렌]	M35.0
112. 기타중복증후군	M35.1
113. 베체트병	M35.2
114. 류마티스성 다발근통	M35.3
115. 미만성(호산구성) 근막염	M35.4
116. 다초점 섬유경화증	M35.5
117. 재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
118. 진행성 골화근염	M61.1
119. 뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
120. 손의 연소성 골연골증	M92.2
121. 성인의 킨뵉병	M93.1
122. 재발성 다발연골염	M94.1
123. 신생물딸림 신경근육병증 및 신경병증	G13.0*
124. 신생물질환에서 일차적으로 중추신경계통을 침범하는 기타 계통성 위축	G13.1*
125. 달리 분류된 기타 질환에서의 일차적으로 중추신경계통을 침범하는 계통적 위축	G13.8*
126. 파킨슨병	G20
127. 난치성 뇌전증을 동반하지 않은 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련(초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01
128. 난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련(초점성)(부분적)증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21
129. 난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.31
130. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증	G63.0*
131. 독성근신경장애	G70.1
132. 기타 제한성 심근병증	I42.5
133. 펠티증후군	M05.0
134. 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1†
135. 류마티스혈관염	M05.2

136. 기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3†
137. 기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8
138. 상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9
139. 절단성 관절염(L40.5†)	M07.1*
140. 건선척추염(L40.5†)	M07.2*
141. 기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3*
142. 강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0
143. 강직척추염, 후두환축부	M45.1
144. 강직척추염, 경부	M45.2
145. 강직척추염, 경흉추부	M45.3
146. 강직척추염, 흉추부	M45.4
147. 강직척추염, 흉요추부	M45.5
148. 강직척추염, 요추부	M45.6
149. 강직척추염, 요천부	M45.7
150. 강직척추염, 전추 및 천미추부	M45.8

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병·상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·상병분류가 변경되더라도 상기 질병·상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병·상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병·상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표84】 급여 갑상선절제술 분류표

약관에 규정하는 급여 갑상선절제술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
1. 편측 갑상선엽 전절제술	P4551
2. 양측 갑상선엽 전절제술	P4552
3. 편측 갑상선엽 아전절제술	P4553
4. 양측 갑상선엽 아전절제술	P4554

【별표85】 특정2대경증질병 분류표

약관에 규정하는 특정2대경증질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 티눈 및 굳은살	티눈 및 굳은살	L84
2. 특정 눈 및 귀 질환	결막염	H10
	맥립종 및 콩다래끼	H00
	외이염	H60
	귀통증 및 귀의 삼출액	H92
	바이러스결막염	B30

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표86】 특정4대질병Ⅱ 분류표

약관에 규정하는 특정4대질병Ⅱ로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 티눈 및 굳은살	티눈 및 굳은살	L84
2. 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타장애 포함)	결막염	H10
	맥립종 및 콩다래끼	H00
	결막의 기타 장애	H11
	외이염	H60
	귀통증 및 귀의 삼출액	H92
	바이러스결막염	B30
3. 백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
4. 대장용종	결장의 용종	K63.5
	상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표87】 치아파절 및 치아탈구 분류표

약관에 규정하는 치아파절 및 치아탈구로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류명	대상상병	분류번호
1. 치아파절	치아의 파절	S02.5
2. 치아탈구	치아의 탈구	S03.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표88】 특정10대질병 분류표

약관에 규정하는 특정10대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 관절염	·감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01†) 제외)	M00~M03 (M01.1*제외)
	·염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외)	M05~M14 (M14.2*제외)
	- 류마티스폐질환(M05.1†)	J99.0*
	·관절증 ·기타 관절장애	M15~M19 M20~M25
2. 백내장	·노년백내장 ·기타 백내장 ·수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
3. 생식기질환	·전립선증식증 ·전립선의 염증성 질환 ·전립선의 기타 장애 ·음낭수종 및 정액류 ·고환의 염전 ·고환염 및 부고환염 ·과잉포피, 포경 및 감돈포경 ·음경의 기타 장애 ·달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 ·남성생식기관의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N40 N41 N42 N43 N44 N45 N47 N48 N49 N50 N51*
	- 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*)	A59.08† B26.0†
	·여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외)	N70~N77 (N74.0*제외) (N74.1*제외)
	·자궁내막증 ·여성생식기탈출 ·여성생식관을 침범한 누공 ·난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애 ·여성생식관의 용종 ·자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 ·자궁경부의 미란 및 외반 ·자궁경부의 이형성 ·자궁경부의 기타 비염증성 장애 ·질의 기타 비염증성 장애 ·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 ·무월경, 소량 및 희발 월경 ·과다, 빈발 및 불규칙 월경 ·기타 이상 자궁 및 질 출혈 ·여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N80 N81 N82 N83 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94

대상질병		분류번호
	·폐경 및 기타 폐경전후 장애 ·달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N95 N99
4. 피부질환	·내향성 손발톱 ·피부 및 피하조직의 모낭낭 ·티눈 및 굳은살	L60.0 L72 L84
5. 대장용종	·결장의 용종 ·결장,직장,항문 및 항문관의 양성 신생물 (항문 및 항문관의 양성 신생물 제외)	K63.5 D12 (D12.9제외)
6. 후각특정질환	·혈관운동성 및 알레르기성 비염 ·만성 비염, 비인두염 및 인두염 ·코용종 ·코 및 비동의 기타 장애	J30 J31 J33 J34
7. 유방의 장애 및 양성 신생물	·유방의 양성 신생물 ·유방의 장애	D24 N60~N64
8. 피부종양	·양성 지방종성 신생물 ·피부의 기타 양성 신생물	D17 D23
9. 갑상선 질환 및 양성 신생물	·갑상선의 장애 ·갑상선의 양성 신생물	E00~E07 D34
10. 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)	·결막염 ·맥립종 및 콩다래끼 ·외이염 ·귀통증 및 귀의 삼출액 ·바이러스결막염 ·결막의 기타 장애	H10 H00 H60 H92 B30 H11

주1) 아래에 해당하는 질병분류코드를 동시에 진단받은 경우에는 “특정10대질병”으로 보지 않습니다.
① “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)”
② “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)”
③ “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)”

주2) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주4) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표89】 천식 분류표

약관에 규정하는 천식으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 천식	J45
2. 천식지속상태	J46

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표90】 폐렴 분류표

약관에 규정하는 폐렴으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
2. 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
3. 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
4. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
5. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
6. 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*
– 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
– 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
– 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
– 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
7. 상세불명 병원체의 폐렴	J18

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표91】 패혈증 분류표

약관에 규정하는 패혈증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 연쇄알균 패혈증	A40
2. 기타 패혈증	A41
3. 패혈성 쇼크	R57.2
4. 살모넬라패혈증	A02.1
5. 패혈증형페스트	A20.7
6. 탄저병패혈증	A22.7
7. 에리시펠로트릭스 패혈증	A26.7
8. 리스테리아패혈증	A32.7
9. 방선균패혈증	A42.7
10. 파종성 헤르페스바이러스병	B00.7
11. 칸디다패혈증	B37.7

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표92】 주요폐질환 분류표

약관에 규정하는 주요폐질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 폐기종	J43
2. 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
3. 기관지확장증	J47
4. 달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
5. 달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
6. 흉막판	J92
7. 기흉	J93
8. 기타 흉막의 병태	J94

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표93】 외부요인으로인한폐질환 분류표

약관에 규정하는 외부요인으로인한폐질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 탄광부진폐증	J60
2. 석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증	J61
3. 실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증	J62
4. 기타 무기물먼지에 의한 진폐증	J63
5. 상세불명의 진폐증	J64
6. 결핵과 연관된 진폐증	J65
7. 특정 유기물먼지에 의한 기도질환	J66
8. 유기물먼지에 의한 과민성 폐렴	J67
9. 화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
10. 고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
11. 기타 외부요인에 의한 호흡기병태	J70

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표94】 경증순환계질환 분류표

약관에 규정하는 경증순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 급성 류마티스열	·심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 ·심장 침범이 있는 류마티스열 ·류마티스무도병	I00 I01 I02
2. 만성 류마티스심장질환	·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼첨판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환	I05 I06 I07 I08 I09
3. 심장염증질환	·급성 심장막염 ·심장막의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염 ·상세불명 판막의 심내막염 ·급성 심근염 ·달리 분류된 질환에서의 심근염	I30 I31 I32* I33 I38 I40 I41*
4. 중증 방실차단	·방실차단 2도 ·완전방실차단 ·기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.1 I44.2 I44.3
5. 부정맥	·발작성 빈맥 ·심방세동 및 조동 ·기타 심장부정맥	I47 I48 I49
6. 특정 동맥혈관 질환	·기타 동맥류 및 박리 ·동맥색전증 및 혈전증 ·동맥 및 세동맥의 기타 장애	I72 I74 I77
7. 문맥혈전증	·문맥혈전증	I81

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표95】 중등증순환계질환 분류표

약관에 규정하는 중등증순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 협심증	·협심증	I20
2. 경증 허혈성심장질환	·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병	I24 I25
3. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환	I26 I27 I28
4. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43*
5. 심부전	·심부전	I50
6. 경증 뇌혈관질환	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 ·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 ·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 ·기타 뇌혈관질환 ·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애 ·뇌혈관질환의 후유증	I64 I65 I66 I67 I68* I69
7. 대동맥동맥류 및 박리	·대동맥동맥류 및 박리	I71
8. 식도정맥류	·식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I85 I98.2* I98.3*

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표96】 중증순환계질환 분류표

약관에 규정하는 중증순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 급성심근경색증	·급성 심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23
2. 인공소생에 성공한 심장정지	·인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
3. 뇌출혈	·거미막하출혈 ·뇌내출혈 ·기타 비외상성 두개내출혈	I60 I61 I62
4. 뇌경색증	·뇌경색증	I63

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표97】 중등증Ⅱ순환계질환 분류표

약관에 규정하는 중등증Ⅱ순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환	I26 I27 I28
2. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43*
3. 심부전	·심부전	I50
4. 대동맥동맥류 및 박리	·대동맥동맥류 및 박리	I71
5. 식도정맥류	·식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I85 I98.2* I98.3*

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표98】 통합심장질병 분류표

약관에 규정하는 통합심장질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 만성류마티스심장질환	·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼천판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환	I05 I06 I07 I08 I09
2. 특정심장판막질환	·비류마티스성 승모판장애 ·비류마티스성 대동맥판장애 ·비류마티스성 삼첨판장애 ·폐동맥판장애 ·달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I34 I35 I36 I37 I39
3. 특정심장방실및전도장애	·방실차단 2도 ·완전방실차단 ·기타 및 상세불명의 심방실차단 ·이중섬유속차단 ·삼중섬유속차단	I44.1 I44.2 I44.3 I45.2 I45.3
4. 주요심장염증질환	·급성 심장막염 ·심장막의 기타질환 ·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염 ·상세불명 판막의 심내막염 ·급성 심근염 ·달리 분류된 질환에서의 심근염	I30 I31 I32 I33 I38 I40 I41
5. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43
6. 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)	·협심증 ·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병 ·발작성 빈맥 ·심방세동 및 조동 ·심부전	I20 I24 I25 I47 I48 I50
7. 심혈관특정질환 II	·급성심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 ·인공소생에 성공한 심장정지	I21 I22 I23 I46.0
8. 기타 심장부정맥	·기타 심장부정맥	I49

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표99】 통합심장질병Ⅱ 분류표

약관에 규정하는 통합심장질병Ⅱ으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 만성류마티스심장질환	·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼천판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환	I05 I06 I07 I08 I09
2. 특정심장판막질환	·비류마티스성 승모판장애 ·비류마티스성 대동맥판장애 ·비류마티스성 삼첨판장애 ·폐동맥판장애 ·달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I34 I35 I36 I37 I39
3. 특정심장방실및전도장애	·방실차단 2도 ·완전방실차단 ·기타 및 상세불명의 심방실차단 ·이중섬유속차단 ·삼중섬유속차단	I44.1 I44.2 I44.3 I45.2 I45.3
4. 주요심장염증질환	·급성 심장막염 ·심장막의 기타질환 ·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염 ·상세불명 판막의 심내막염 ·급성 심근염 ·달리 분류된 질환에서의 심근염	I30 I31 I32 I33 I38 I40 I41
5. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43
6. 심혈관특정질환 (기타심장부정맥제외)	·협심증 ·급성심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 ·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병 ·발작성 빈맥 ·심방세동 및 조동 ·심부전 ·인공소생에 성공한 심장정지	I20 I21 I22 I23 I24 I25 I47 I48 I50 I46.0
7. 기타 심장부정맥	·기타 심장부정맥	I49

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표100】 갑상선기능항진증 분류표

약관에 규정하는 갑상선기능항진증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표101】 특정갑상선기능저하증 분류표

약관에 규정하는 특정갑상선기능저하증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
2. 기타 갑상선기능저하증	E03
3. 자가면역성 갑상선염	E06.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표102】 자궁내막증 분류표

약관에 규정하는 자궁내막증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
자궁내막증	N80

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표103】 중등도이상자궁경부이형성증 분류표

약관에 규정하는 중등도이상자궁경부이형성증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 중등도 자궁경부이형성	N87.1
2. 달리 분류되지 않은 중증 자궁경부이형성	N87.2
3. 자궁경부의 제자리암종	D06

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표104】 요로결석 분류표

약관에 규정하는 요로결석으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 신장 및 요관의 결석	N20
2. 하부요로의 결석	N21

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표105】 난소과다자극 분류표

약관에 규정하는 난소과다자극으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
난소의 과다자극	N98.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표106】 성대및후두장해 분류표

약관에 규정하는 성대및후두의신경손상으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
성대 및 후두의 마비	J38.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표107】 비대성흉터(켈로이드포함) 분류표

약관에 규정하는 비대성흉터(켈로이드포함)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
비대성 흉터	L91.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표108】 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A 분류표

약관에 규정하는 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호
수면장애	· 과다수면장애[과다수면] · 수면무호흡 · 기면병 및 탈력발작 · 비기질성 과다수면	G47.1 G47.3 G47.4 F51.1
식사장애	· 비전형적 신경성 식욕부진 · 비전형 신경성 폭식증	F50.1 F50.3
기타정신질환	· 우울에피소드 · 광장공포증 · 공황장애[간헐 발작성 불안] · 범불안장애 · 외상후스트레스장애 · 강박장애	F32 F40.0 F41.0 F41.1 F43.1 F42

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표109】 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B 분류표

약관에 규정하는 스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호
수면장애	·기타 명시된 추체외로 및 운동 장애	G25.8
식사장애	·신경성 식욕부진 ·신경성 폭식증	F50.0 F50.2
기타정신질환	·재발성 우울장애	F33

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표110】 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A 분류표

약관에 규정하는 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
·양성 발작성 현기증	H81.1
·전정신경세포염	H81.2
·기타 말초성 현기증	H81.3
·위궤양	K25
·십이지장궤양	K26
·위공장궤양	K28
·돌발성 특발성 청력소실	H91.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표111】 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B 분류표

약관에 규정하는 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
·메니에르병	H81.0
·크론병[국소성 장염]	K50
·궤양성 대장염	K51

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표112】 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청) 분류표

약관에 규정하는 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 아래 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호
스트레스관련특정질병 (소화기궤양,귀어지럼증,난청)A	·양성 발작성 현기증	H81.1
	·전정신경세포염	H81.2
	·기타 말초성 현기증	H81.3
	·위궤양	K25
	·십이지장궤양	K26
	·위공장궤양	K28
	·돌발성 특발성 청력소실	H91.2

스트레스관련특정질병 (소화기궤양,귀어지럼증,난청)B	·메니에르병 ·크론병[국소성 장염] ·궤양성 대장염	H81.0 K50 K51

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표113】 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제 분류표

약관에 규정하는 스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류 중 아래의 코드에 해당하는 약제를 말합니다.

구분	ATC코드 명칭	ATC코드
스트레스관련특정질병 (소화기궤양,귀어지럼증,난청)A 치료제	1. 오메프라졸(Omeprazole)	A02BC01
	2. 판토프라졸(Pantoprazole)	A02BC02
	3. 란소프라졸(Lansoprazole)	A02BC03
	4. 라베프라졸(Rabeprazole)	A02BC04
	5. 에스오메프라졸(Esomeprazole)	A02BC05
	6. 덱스란소프라졸(Dexlansoprazole)	A02BC06
	7. 덱스라베프라졸(Dexrabeprazole)	A02BC07
	8. 테고프라잔(Tegoprazan)	A02BC09
	9. 펙수프라잔(Fexuprazan)	A02BC10
	10. 자스타프라잔(Zastaprazan)	A02BC12
	11. 보노프라잔(Vonoprazan)	A02BC08
	12. 파모티딘(Famotidine)	A02BA03
	13. 니자티딘(Nizatidine)	A02BA04
	14. 시메티딘(Cimetidine)	A02BA01
	15. 록사티딘(Roxatidine)	A02BA06
	16. 미소프로스톨(Misoprostol)	A02BB01
	17. 수크랄페이트(Sucralfate)	A02BX02
	18. 레바미피드(Rebamipide)	A02BX14
	19. 테프레논(Teprenone)	A02BX15
	20. 애엽연조엑스(Artemisia Ext.)	A02X
	21. 디멘히드리네이트(Dimenhydrinate)	A04AD
	22. 베타히스틴(Betahistine)	N07CA01
	23. 메틸프레드니솔론(Methylprednisolone)	H02AB04
	24. 프레드니솔론(Prednisolone)	H02AB06
	25. 디아제팜(Diazepam)	N05BA01
	26. 은행엽(Ginkgo Folium)	N06DX02
스트레스관련특정질병 (소화기궤양,귀어지럼증,난청)B 치료제	1. 설파살라진(Sulfasalazine)	A07EC01
	2. 메살라진(Mesalazine)	A07EC02
	3. 올살라진(Olsalazine)	A07EC03
	4. 발살라지드(Balsalazide)	A07EC04
	5. 히드로코르티손(Hydrocortisone)	A07EA02
	6. 부데소니드(Budesonide)	A07EA06
	7. 메틸프레드니솔론(Methylprednisolone)	H02AB04

	8. 히드로코르티손(Hydrocortisone)	H02AB09
	9. 덱사메타손(Dexamethasone)	H02AB02
	10. 프레드니솔론(Prednisolone)	H02AB06
	11. 아자티오프린(Azathioprine)	L04AX01
	12. 메토트렉세이트(Methotrexate)	L01BA01
	13. 인플릭시맵(Infliximab)	L04AB02
	14. 아달리무맙(Adalimumab)	L04AB04
	15. 골리무맙(Golimumab)	L04AB06
	16. 베돌리주맙(Vedolizumab)	L04AG05
	17. 우스테키누맙(Ustekinumab)	L04AC05
	18. 토파시티닙(Tofacitinib)	L04AF01
	19. 유파다시티닙(Upadacitinib)	L04AF03
	20. 오자니모드(Ozanimod)	L04AE02
	21. 리산키주맙(Risankizumab)	L04AC18
	22. 베타히스틴(Betahistine)	N07CA01
	23. 히드로클로로티아지드(Hydrochlorothiazide)	C03AA03
	24. 이소소르비드(Isosorbide)	C03X
	25. 디멘히드리네이트(Dimenhydrinate)	A04AD

주1) 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류가 개정되는 경우에는 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제”를 처방받은 당시 시행되고 있는 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류를 따릅니다.

주2) 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류의 개정으로 대상 약제 제외 또는 분류가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 제외 또는 변경 직전의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류에 준하여 “스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)치료제”를 결정합니다.

주3) “A04AD” 및 “C03X”는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류상 상위 분류 코드이나, 별도의 약제를 포함하고 있습니다. 따라서 “A04AD” 및 “C03X”의 하위 코드 중 상기에 해당되지 않는 하위 코드는 보장하지 않습니다.

【별표114】 스트레스관련특정정신질환 분류표

약관에 규정하는 스트레스관련특정정신질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
·우울에피소드	F32
·광장공포증	F40.0
·공황장애[간헐 발작성 불안]	F41.0
·범불안장애	F41.1
·외상후스트레스장애	F43.1
·강박장애	F42
·재발성 우울장애	F33

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표115】 뇌경색증 분류표

약관에 규정하는 뇌경색증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
뇌경색증	I63

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표116】 특정여성생식기탈출 분류표

약관에 규정하는 특정여성생식기탈출로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 여성요도류	N81.0
2. 불완전자궁질탈출	N81.2
3. 완전자궁질탈출	N81.3
4. 상세불명의 자궁질탈출	N81.4
5. 질탈장	N81.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표117】 식사장애 분류표

약관에 규정하는 식사장애로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
· 식사장애	F50

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표118】 임신, 출산 및 산후기 질병 분류표

약관에 규정하는 임신, 출산 및 산후기 질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
임신, 출산 및 산후기	O00~O99

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표119】 난임 분류표

약관에 규정하는 난임으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 무배란과 관련된 여성불임	N97.0
2. 난관에서 기원한 여성불임	N97.1
3. 자궁에서 기원한 여성불임	N97.2
4. 자궁경부에서 기원한 여성불임	N97.3
5. 기타요인에서 기원한 여성불임	N97.8
6. 상세불명의 여성불임	N97.9

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표120】 여성생식기암 분류표

약관에 규정하는 여성생식기암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 여성생식기관의 악성 신생물	C51-C58
2. 여성생식기관의 제자리암종	
2-1. 자궁경부의 제자리암종	D06
2-2. 자궁내막의 제자리암종	D07.0
2-3. 외음의 제자리암종	D07.1
2-4. 질의 제자리암종	D07.2
2-5. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 제자리암종	D07.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표121】 유방절제후림프부종 분류표

약관에 규정하는 유방절제후림프부종으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
유방절제후림프부종증후군	I97.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표122】 특정급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 특정급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
급성심근경색증	I21

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표123】 통합뇌관련질환 분류표

약관에 규정하는 통합뇌관련질환으로 분류되는 질병·상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병 및 상병을 말합니다.

질병·상병		분류번호
1. 뇌전증	·뇌전증	G40
	·뇌전증지속상태	G41
2. 일과성뇌허혈발작	·척추-뇌기저동맥증후군	G45.0
	·경동맥증후군(대뇌반구성)	G45.1
	·다발성 및 양쪽 뇌전동맥증후군	G45.2
	·일과성 흑암시	G45.3
	·기타 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45.8
	·상세불명의 이과성 뇌허혈발작	G45.9
3. 뇌출혈	·거미막하출혈	I60
	·뇌내출혈	I61
	·기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌졸중(뇌출혈제외)	·뇌경색증	I63
	·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
5. 뇌혈관특정질환	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	·기타 뇌혈관질환	I67
	·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	·뇌혈관질환의 후유증	I69
6. 특정상해성뇌출혈	·경막외출혈	S06.4
	·외상성 경막하출혈	S06.5
	·외상성 거미막하출혈	S06.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병·상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·상병분류가 변경되더라도 상기 질병·상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병·상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병·상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표124】 골다공증 분류표

약관에 규정하는 골다공증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 병적 골절을 동반한 골다공증	M80
2. 병적 골절이 없는 골다공증	M81
3. 달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82*

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표125】 갑상선,여성생식기질환(일반질환A) 분류표

약관에 규정하는 갑상선,여성생식기질환(일반질환A)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 점액부종혼수	E03.5
2. 갑상선독성 발증 또는 발작	E05.5
3. 여성생식관을 침범한 누공	N82
4. 달리 분류되지 않은 중증 자궁경부이형성	N87.2
5. 자궁경부의 무력증	N88.3
6. 자궁경부의 비대성 연장	N88.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표126】 여성생식기질환(일반질환B) 분류표

약관에 규정하는 여성생식기질환(일반질환B)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁의 평활근종	D25
2. 자궁의 기타 양성 신생물	D26
3. 난소의 양성 신생물	D27
4. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
5. 자궁내막증	N80
6. 여성생식기탈출	N81
7. 중등도 자궁경부이형성	N87.1
8. 난소의 과다자극	N98.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표127】 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C) 분류표

약관에 규정하는 유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환C)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 양성 신생물	D24
2. 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
3. 의약품 및 기타 외인성 물질에 의한 갑상선기능저하증	E03.2
4. 감염후 갑상선기능저하증	E03.3
5. 갑상선의 위축(후천성)	E03.4
6. 기타 명시된 갑상선기능저하증	E03.8
7. 상세불명의 갑상선기능저하증	E03.9
8. 자가면역성 갑상선염	E06.3
9. 양성 유방형성이상	N60
10. 유방의 염증성 장애	N61
11. 여성생식관의 용종	N84

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표128】 특정유방질환(유사암) 분류표

약관에 규정하는 특정유방질환(유사암)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 제자리암종	D05
2. 유방의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표129】 특정유방질환(일반질환) 분류표

약관에 규정하는 특정유방질환(일반질환)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 양성 신생물	D24
2. 양성 유방형성이상	N60
3. 유방의 염증성 장애	N61

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표130】 특정갑상선질환(유사암) 분류표

약관에 규정하는 특정갑상선질환(유사암)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 갑상선의 악성 신생물	C73
2. 갑상선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표131】 특정갑상선질환(일반질환) 분류표

약관에 규정하는 특정갑상선질환(일반질환)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 점액부종혼수	E03.5
2. 갑상선독성 발증 또는 발작	E05.5
3. 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
4. 의약품 및 기타 외인성 물질에 의한 갑상선기능저하증	E03.2
5. 감염후 갑상선기능저하증	E03.3
6. 갑상선의 위축(후천성)	E03.4
7. 기타 명시된 갑상선기능저하증	E03.8
8. 상세불명의 갑상선기능저하증	E03.9
9. 자가면역성 갑상선염	E06.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표132】 특정여성생식기질환(유사암) 분류표

약관에 규정하는 특정여성생식기질환(유사암)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁경부의 제자리암종	D06
2. 자궁내막의 제자리암종	D07.0
3. 외음의 제자리암종	D07.1
4. 질의 제자리암종	D07.2
5. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 제자리암종	D07.3
6. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표133】 특정여성생식기질환(일반질환) 분류표

약관에 규정하는 특정여성생식기질환(일반질환)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 여성생식관을 침범한 누공	N82
2. 달리 분류되지 않은 중증 자궁경부이형성	N87.2
3. 자궁경부의 무력증	N88.3
4. 자궁경부의 비대성 연장	N88.4
5. 자궁의 평활근종	D25
6. 자궁의 기타 양성 신생물	D26
7. 난소의 양성 신생물	D27
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
9. 자궁내막증	N80
10. 여성생식기탈출	N81
11. 중등도 자궁경부이형성	N87.1
12. 난소의 과다자극	N98.1
13. 여성생식관의 용종	N84

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표134】 말기폐질환 분류표

약관에 규정하는 말기폐질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2 †
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2 †
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0 †
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3 †
2. 기타 급성 하기도감염	J20~J22
3. 만성 하부호흡기질환	J40~J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
5. 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80~J84
6. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
7. 흉막의 기타 질환	J90~J94
8. 호흡계통의 기타 질환	J95~J99
- 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1 †

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다

【별표135】 말기신부전증 분류표

약관에 규정하는 말기신부전증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
만성 콩팥병	N18

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표136】 치료에의한폐경 분류표

약관에 규정하는 치료에의한폐경으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
인공폐경과 관련된 상태	N95.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표137】 유산 분류표

약관에 규정하는 유산으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁외임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학 유산	O04
6. 기타 유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표138】 사산 분류표

약관에 규정하는 사산으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁내태아사망에 대한 산모관리	O36.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표139】 주요순환계질환 I 분류표

약관에 규정하는 주요순환계질환 I 으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 급성 류마티스열	·심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 ·심장 침범이 있는 류마티스열 ·류마티스무도병	I00 I01 I02
2. 만성 류마티스심장질환	·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼첨판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환	I05 I06 I07 I08 I09
3. 심장염증질환	·급성 심장막염 ·심장막의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염 ·상세불명 판막의 심내막염 ·급성 심근염 ·달리 분류된 질환에서의 심근염	I30 I31 I32* I33 I38 I40 I41*
4. 중증 방실차단	·방실차단, 2도 ·완전방실차단 ·기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.1 I44.2 I44.3
5. 부정맥	·발작성 빈맥 ·심방세동 및 조동 ·기타 심장부정맥	I47 I48 I49
6. 특정 동맥혈관 질환	·기타 동맥류 및 박리 ·동맥색전증 및 혈전증 ·동맥 및 세동맥의 기타 장애	I72 I74 I77
7. 문맥혈전증	·문맥혈전증	I81
8. 협심증	·협심증	I20
9. 경증 허혈성심장질환	·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병	I24 I25
10. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환	I26 I27 I28
11. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43*
12. 심부전	·심부전	I50
13. 경증 뇌혈관질환	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 ·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 ·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 ·기타 뇌혈관질환 ·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애 ·뇌혈관질환의 후유증	I64 I65 I66 I67 I68* I69
14. 대동맥동맥류 및 박리	·대동맥동맥류 및 박리	I71

15. 식도정맥류	·식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I85 I98.2* I98.3*
16. 급성심근경색증	·급성 심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23
17. 인공소생에 성공한 심장정지	·인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
18. 뇌출혈	·거미막하출혈 ·뇌내출혈 ·기타 비외상성 두개내출혈	I60 I61 I62
19. 뇌경색증	·뇌경색증	I63

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표140】 특정 신체부위·질병 분류표

가. 특정 신체부위

특정 신체부위
1. 위, 십이지장
2. 공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3. 대장(맹장, 직장 제외)
4. 직장
5. 항문
6. 간
7. 담낭(쓸개) 및 담관
8. 췌장
9. 비장
10. 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11. 코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12. 인두 및 후두(편도 포함)
13. 식도
14. 구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15. 귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16. 안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함]
17. 신장
18. 부신
19. 요관, 방광 및 요도
20. 음경
21. 질 및 외음부
22. 전립선
23. 유방(유선 포함)
24. 자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25. 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26. 난소 및 난관
27. 고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28. 갑상선
29. 부갑상선
30. 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31. 피부(두피 및 입술 포함)
32. 경추부(해당신경 포함)
33. 흉추부(해당신경 포함)
34. 요추부(해당신경 포함)
35. 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36. 왼쪽 어깨
37. 오른쪽 어깨
38. 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39. 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40. 왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41. 오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42. 왼쪽 고관절
43. 오른쪽 고관절
44. 왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45. 오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46. 왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47. 오른발(오른쪽 발목 관절 이하)

특정 신체부위
48. 상·하악골(위·아래턱뼈) 49. 쇄골 50. 늑골(갈비뼈)

나. 특정질병

약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 담석증	·담석증	K80
2. 요로결석증	·신장 및 요관의 결석 ·하부요로의 결석 ·상세불명의 신장 급통증	N20 N21 N23
3. 관절증 및 류마티스관절염	·혈청검사양성 류마티스관절염 ·기타 류마티스관절염 ·연소성 관절염 ·다발관절증 ·고관절증 ·무릎관절증 ·제1수근중수관절의 관절증 ·기타 관절증	M05 M06 M08 M15 M16 M17 M18 M19
4. 척추질환	·척주후만증 및 척주전만증 ·척주측만증 ·척추증 ·경추간판장애 ·기타 추간판장애 ·등통증	M40 M41 M47 M50 M51 M54
5. 심장질환	·심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 ·심장 침범이 있는 류마티스열 ·류마티스무도병 ·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼첨판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환 ·협심증 ·급성 심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증 ·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병 ·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환 ·급성 심장막염 ·심장막의 기타 질환	I00 I01 I02 I05 I06 I07 I08 I09 I20 I21 I22 I23 I24 I25 I26 I27 I28 I30 I31
5. 심장질환	·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염 ·비류마티스성 승모판장애	I32* I33 I34

대상질병		분류번호
	·비류마티스성 대동맥판장애	I35
	·비류마티스성 삼첨판장애	I36
	·폐동맥판장애	I37
	·상세불명 판막의 심내막염	I38
	·달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39*
	·급성 심근염	I40
	·달리 분류된 질환에서의 심근염	I41*
	·심근병증	I42
	·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
	·방실차단 및 좌각차단	I44
	·기타 전도장애	I45
	·심장정지	I46
	·발작성 빈맥	I47
	·심방세동 및 조동	I48
	·기타 심장부정맥	I49
	·심부전	I50
	·심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	·달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52*
6. 뇌혈관질환	·거미막하출혈	I60
	·뇌내출혈	I61
	·기타 비외상성 두개내출혈	I62
	·뇌경색증	I63
	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	·기타 뇌혈관질환	I67
	·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	·뇌혈관질환의 후유증	I69
	·일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
	·뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군	G46*
7. 고혈압	·본태성(원발성) 고혈압	I10
	·고혈압성 심장병	I11
	·고혈압성 신장병	I12
	·고혈압성 심장 및 신장병	I13
	·이차성 고혈압	I15
8. 당뇨병	·1형 당뇨병	E10
	·2형 당뇨병	E11
	·영양실조-관련 당뇨병	E12
	·기타 명시된 당뇨병	E13
	·상세불명의 당뇨병	E14
9. 결핵	·세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
	·세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16
	·신경계통의 결핵	A17†
	·기타 기관의 결핵	A18
	·좁쌀결핵	A19
10. 자궁근종	·자궁의 평활근종	D25
11. 자궁내막증	·자궁내막증	N80

대상질병		분류번호
12. 난소낭종	·난소의 양성 신생물	D27

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표141】 5대양성종양및용종(폴립) 분류표

약관에 규정하는 5대양성종양및용종(폴립)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 대장양성종양및특정용종(폴립)	·맹장의 양성 신생물 ·충수의 양성 신생물 ·상행결장의 양성 신생물 ·횡행결장의 양성 신생물 ·하행결장의 양성 신생물 ·구불결장의 양성 신생물 ·상세불명의 결장의 양성 신생물 ·직장구불결장접합부의 양성 신생물 ·직장의 양성 신생물 ·직장용종 ·결장의 용종	D12.0 D12.1 D12.2 D12.3 D12.4 D12.5 D12.6 D12.7 D12.8 K62.1 K63.5
2. 위,십이지장및소화계통양성종양및특정용종(폴립)	·기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물 ·위 및 십이지장의 용종	D13 K31.7
3. 중이,호흡계통및흉곽내기관양성종양	·중이 및 호흡계통의 양성 신생물 ·기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D14 D15
4. 골및관절연골의양성종양	·골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
5. 특정양성뇌종양	·수막의 양성 신생물 ·뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물 ·뇌하수체의 양성 신생물 ·두개인두관의 양성 신생물 ·송과선의 양성 신생물	D32 D33 D35.2 D35.3 D35.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표142】 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함) 1-4종 분류표

약관에 규정하는 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

질병구분	대상질병	분류번호
1. 특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)(1종)	1. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	D12
	2. 골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
	3. 양성 지방종성 신생물	D17
	4. 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
	5. 멜라닌세포모반	D22
	6. 피부의 기타 양성 신생물	D23
	7. 유방의 양성 신생물	D24
	8. 자궁의 평활근종	D25
	9. 자궁의 기타 양성 신생물	D26
	10.갑상선의 양성 신생물	D34
	11. 기타 및 상세불명 부위의 양성 신생물	D36
	12. 비강의 용종	J33.0
	13. 부비동의 기타 용종	J33.8
	14. 상세불명의 코용종	J33.9
	15. 성대 및 후두의 용종	J38.1
	16. 성대의 소결절	J38.2
	17. 고립성 폐결절	J98.40
	18. 결장의 용종	K63.5
	19. 광선각화증	L57.0
	20. 양성 유방형성이상	N60
	21. 유방의 염증성 장애	N61
	22. 유방의 상세불명의 덩이	N63
	23. 유방의 기타 장애	N64
	24. 여성생식관의 용종	N84

2. 특정양성종양및용종(폴립) (기타경증질환포함)(2종)	1. 입 및 인두의 양성 신생물	D10
	2. 기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
	3. 중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
	4. 모든 부위의 혈관종 및 림프관종	D18
	5. 중피조직의 양성 신생물	D19
	6. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
	7. 남성생식기관의 양성 신생물	D29
	8. 비뇨기관의 양성 신생물	D30
	9. 눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
	10. 갑상선독증(갑상선기능항진증)	E05
	11. 혀를 포함하는 구강상피의 백반 및 기타 장애	K13.2
	12. 구강점막의 육아종 및 육아종-유사병변	K13.4
	13. 위-식도역류병	K21
	14. 식도의 기타 질환	K22
	15. 위게실	K31.4
	16. 위 및 십이지장의 용종	K31.7
	17. 담낭염	K81
	18. 담낭의 기타 명시된 질환	K82.8
	19. 알코올유발 만성 췌장염	K86.0
	20. 기타 만성 췌장염	K86.1
	21. 췌장의 낭	K86.2
	22. 췌장의 가성낭	K86.3
	23. 전립선의 이형성	N42.3
	24. 자궁경부의 이형성	N87
	25. 경도 질이형성	N89.0
	26. 중등도 질이형성	N89.1
	27. 달리 분류되지 않은 중증의 질이형성	N89.2
	28. 상세불명의 질의 이형성	N89.3
	29. 경도 외음이형성	N90.0
	30. 중등도 외음이형성	N90.1
	31. 달리 분류되지 않은 중증 외음이형성	N90.2
	32. 상세불명의 외음이형성	N90.3
	33. 복강내 및 골반의 부기, 종괴 및 덩이	R19.0
3. 특정양성종양및용종(폴립) (기타경증질환포함)(3종)	1. 주침샘의 양성 신생물	D11
	2. 난소의 양성 신생물	D27
	3. 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
	4. 궤양성 대장염	K51
	5. 간의 섬유증 및 경변증	K74
4. 특정양성종양및용종(폴립) (기타경증질환포함)(4종)	1. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
	2. 후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
	3. 수막의 양성 신생물	D32
	4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	5. 크론병(국소성 장염)	K50
	6. 담관염	K83.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표143】 자궁및난소특정질환 분류표

약관에 규정하는 자궁및난소특정질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁의 평활근종	D25
2. 자궁의 기타 양성신생물	D26
3. 난소의 양성신생물	D27
4. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성신생물	D28
5. 자궁내막증	N80

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표144】 급여 골밀도검사 분류표

약관에 규정하는 급여 골밀도검사로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
골밀도검사 [재료대 포함]	
가. 양방사선(광자) 골밀도검사	
(1) 1부위	HC341
(2) 2부위 이상	HC342
나. 정량적 전산화단층골밀도검사	
(1) QCT	HC343
(2) PQCT	HC346
다. 방사선흡수측정기 방식	HC345
라. 기타 방법에 의한 것	
[단광자 골밀도측정(SPA), 양방사선 말단 골밀도측정(PDEXA), 단에너지 골밀도측정(SXA), 초음파 골밀도측정(QUS)]	HC344

【별표145】 급여 수혈진료행위 분류표

약관에 규정하는 급여 수혈진료행위로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	코드
1. 전혈	·전혈 320㎖	X1001
	·전혈 400㎖	X1002
2. 혈액성분제제 중 분획제제에 의한 것	·신선액상혈장, 전혈 320㎖ 기준	X2011
	·신선액상혈장, 전혈 400㎖ 기준	X2012
	·농축적혈구, 전혈 320㎖ 기준	X2021
	·농축적혈구, 전혈 400㎖ 기준	X2022
	·세척적혈구, 전혈 320㎖ 기준	X2031
	·세척적혈구, 전혈 400㎖ 기준	X2032
	·동결해동적혈구, 전혈 320㎖ 기준	X2131
	·동결해동적혈구, 전혈 400㎖ 기준	X2132
	·신선동결혈장, 전혈 320㎖ 기준	X2041
	·신선동결혈장, 전혈 400㎖ 기준	X2042
	·동결혈장, 전혈 320㎖ 기준	X2051
	·동결혈장, 전혈 400㎖ 기준	X2052
	·동결침전제제, 전혈 320㎖ 기준	X2061
	·동결침전제제, 전혈 400㎖ 기준	X2062
	·동결침전물제거혈장, 전혈 320㎖ 기준	X2141
	·동결침전물제거혈장, 전혈 400㎖ 기준	X2142
	·혈소판풍부혈장, 전혈 320㎖ 기준	X2071
	·혈소판풍부혈장, 전혈 400㎖ 기준	X2072
	·농축혈소판, 전혈 320㎖ 기준	X2081
	·농축혈소판, 전혈 400㎖ 기준	X2082
	·백혈구제거적혈구, 전혈 320㎖ 기준	X2091
	·백혈구제거적혈구, 전혈 400㎖ 기준	X2092
	·농축백혈구, 전혈 320㎖ 기준	X2101
	·농축백혈구, 전혈 400㎖ 기준	X2102
	·백혈구여과제거적혈구, 전혈 320㎖ 기준	X2111
	·백혈구여과제거적혈구, 전혈 400㎖ 기준	X2112
	·백혈구여과제거혈소판, 전혈 320㎖ 기준	X2121
	·백혈구여과제거혈소판, 전혈 400㎖ 기준	X2122
3. 혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 것[성분채혈]	·성분채집 적혈구(190㎖)	X2515
	·성분채집 혈소판(250㎖)	X2501
	·성분채집 백혈구(250㎖)	X2502
	·성분채집 혈장(500㎖)	X2504
	·세척혈소판(250㎖)	X2516
	·백혈구여과제거 성분채집 혈소판(250㎖)	X2511
	·복합성분채집 적혈구(190㎖)	X2512
	·복합성분채집 혈소판(250㎖)	X2513
	·복합성분채집 혈장(300㎖)	X2514

【별표146】 급여 지속적신대체요법치료(CRRT) 분류표

약관에 규정하는 급여 지속적신대체요법치료(CRRT)로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

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

【별표147】 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 분류표

약관에 규정하는 급여 인공호흡기치료(12시간초과)로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
1. 인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당	M5860
2. 인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당 (신생아 중환자실에서 고빈도 진동호흡모드 이용)	M0860

【별표148】 급여 저체온요법치료 분류표

약관에 규정하는 급여 저체온요법치료로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
1. 치료적저체온요법(1일당)	M5970
2. 선택적 두부 저체온 요법	M5990
3. 선택적 두부 저체온 요법-처치일 다음날부터 1일당	M5991

【별표149】 급여 부분체외순환치료 분류표

약관에 규정하는 급여 부분체외순환치료로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
1. 부분체외순환	O1901
2. 부분체외순환10시간초과익일부터(1일당)	O1902
3. 체외순환막형산화요법-시술당일	O1903
4. 체외순환막형산화요법-익일이후(1일당)-10시간 초과 계속 사용	O1904
5. 부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용	O1905
6. 부분체외순환10시간초과익일부터(1일당)-ILA Membrane Ventilator 사용	O1906

【별표150】 전신마취 의료행위 분류표

약관에 규정하는 급여 전신마취라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상의료행위		수가코드
기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취	1. 마취관리기본[1시간기준] 2. 마취유지 3. 마취유지(상급종합병원)	L1211 L1221 L1231
마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취	1. 마취관리기본[1시간기준] 2. 마취유지 3. 마취유지(상급종합병원)	L1212 L1222 L1232

주1) 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 “전신마취 의료행위”에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

주2) 관련법령 등의 개정으로 전신마취 의료행위 분류표에서 정한 “급여 전신마취” 외에 “급여 전신마취”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

【별표151】 급여 안면부창상봉합술 분류표

약관에 규정하는 급여 안면부창상봉합술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	S0027
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0028
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0029
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이10cm이상,5cm마다 추가 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 59.80점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 59.80점을 추가 가산한다.)	S0030
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm미만)	S0031
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	S0032
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	S0037
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0038
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0039
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이10cm이상,5cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 59.80점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 59.80점을 추가 가산한다.)	S0040
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA027
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA028
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA029
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이10cm이상,5cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 73.38점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 73.38점을 추가 가산한다.)	SA030
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5cm미만)	SA031
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	SA032
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA037
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA038
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA039
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이10cm이상,5cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 73.38점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 73.38점을 추가 가산한다.)	SA040

【별표152】 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표

약관에 규정하는 급여 창상봉합술(안면부제외)로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이5.0㎝이상~10.0㎝미만)	SB029
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 90.28점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 90.28점을 추가 가산한다.	SB030
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5㎝미만)	SB031
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5㎝이상~5.0㎝미만)	SB032
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이5.0㎝이상~10.0㎝미만)	SB039
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 90.28점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 90.28점을 추가 가산한다.	SB040
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이5.0㎝이상~10.0㎝미만)	SC029
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 118.61점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 118.61점을 추가 가산한다.	SC030
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5㎝미만)	SC031
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5㎝이상~5.0㎝미만)	SC032
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이5.0㎝이상~10.0㎝미만)	SC039
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 118.61점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 118.61점을 추가 가산한다.	SC040

【별표153】 급여 고압산소요법치료 분류표

약관에 규정하는 급여 고압산소요법치료로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
1. (상급종합병원·종합병원)고압산소요법-1시간까지	M0581
2. (상급종합병원·종합병원)고압산소요법-1시간을 초과하여 2시간까지	M0582
3. (상급종합병원·종합병원)고압산소요법-2시간 초과 1일당	M0583
4. 고압산소요법-1시간까지	M0586
5. 고압산소요법-1시간을 초과하여 2시간까지	M0587
6. 고압산소요법-2시간 초과 1일당	M0588

【별표154】 정신질환 분류표

약관에 규정하는 정신질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호
정신질환(중증)	·조현병	F20
	·지속성 망상장애	F22
	·조현정동장애	F25
	·조증에피소드	F30
	·양극성 정동장애	F31
정신질환(중등도)	·알코올 및 기타 정신활성물질에 의해 유발된 것이 아닌 기질성 기억상실증후군	F04
	·알코올 및 기타 정신활성물질에 의하여 유발된 것이 아닌 섬망	F05
	·뇌손상, 뇌기능이상 및 신체질환에 의한 기타 정신장애	F06
	·뇌질환, 뇌손상 및 기능이상에 의한 인격 및 행동장애	F07
	·상세불명의 기질성 또는 증상성 정신장애	F09
	·조현형장애	F21
	·급성 및 일과성 정신병장애	F23
	·기타 비기질성 정신병장애	F28
	·상세불명의 비기질성 정신병	F29
	·우울에피소드	F32
	·재발성 우울장애	F33
	·광장공포증	F40.0
	·공황장애[간헐 발작성 불안]	F41.0
	·범불안장애	F41.1
	·강박장애	F42
	·외상후스트레스장애	F43.1
정신질환(경도)	·지속성 기분[정동]장애	F34
	·기타 기분[정동]장애	F38
	·상세불명의 기분[정동]장애	F39
	·사회공포증	F40.1
	·특정 (고립된) 공포증	F40.2
	·기타 공포성 불안장애	F40.8
	·상세불명의 공포성 불안장애	F40.9
	·혼합형 불안 및 우울장애	F41.2
	·기타 혼합형 불안장애	F41.3

	·기타 명시된 불안장애	F41.8
	·상세불명의 불안장애	F41.9
	·급성 스트레스반응	F43.0
	·적응장애	F43.2
	·심한 스트레스에 대한 기타 반응	F43.8
	·심한 스트레스에 대한 상세불명의 반응	F43.9
	·해리[전환]장애	F44
	·신체형장애	F45
	·기타 신경성 장애	F48
	·비기질성 수면장애	F51
	·달리 분류되지 않은 산후기의 정신 및 행동 장애	F53

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표155】 급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) 분류표

약관에 규정하는 급여 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
1. 요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
2. 경막하천자	C8005
3. 후두하대조천자,경지주막하천자	C8010
4. 관절천자[편측][간단한검사또는관절액이동술포함]	C8020
5. 골수천자	C8031
6. 흉막천자	C8040
7. 복수천자,복막천자	C8050
8. 심낭천자	C8060
9. 뇌실천자	C8070
10. 상악동천자[간단한액검사포함][편측]	C8080
11. 고실천자[편측]	C8090
12. 고실천자[편측]-내시경하에서실시한경우	C8091
13. 더글라스와천자[간단한액검사포함]	C8100
14. 방광천자	C8120
15. 음낭수종천자	C8130
16. 기타부위천자[림프절,피부등]	C8140
17. 골수천자생검[편측]	C8520
18. 개봉선원치료-기타방법[복막천자,흉강천자,관절천자등]	HD073
19. 부정맥의냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자	M0652
20. 부정맥의냉각절제술-상심실성부정맥-중격천자	M0653
21. 부정맥의냉각절제술-심방세동-중격천자	M0655
22. 부정맥의냉각절제술-방실결절절제술,히스속절제술-중격천자	M0656
23. 경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-낭종]	M1771
24. 경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1772
25. 경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1773
26. 경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1774
27. 경피적경화술-카테터이용천자법에의한것[두경부-낭종]	M1775
28. 경피적경화술-카테터이용천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1776
29. 경피적경화술-카테터이용천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1777
30. 경피적경화술-카테터이용천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1778
31. 경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것]	M5830
32. 삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의고주파절제술(심방세동) -중격천자	M6540
33. 부정맥의고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6544
34. 부정맥의고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6545
35. 삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성부정맥) -중격천자	M6549
36. 부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술,히스속절제술)-중격천자	M6556
37. 경피경간담즙배액술[유도료별도산정]	M6670
38. 경피적배액관교환술	M6750
39. 낭종흡인요법[유도료별도산정]	M6850
40. 유주농양천자술	N0100
41. 근농양배농술(요장근농양)	N0841
42. 근농양배농술(둔근농양)	N0842
43. 근농양배농술(대퇴근농양)	N0843
44. 근농양배농술(기타근농양)	N0844

45. 추간판제거술-척추수핵용해술[방사선료포함]	N1495
46. 척추수핵흡인술[뉴크레오톰이용수핵제거등][방사선료포함]	N1496
47. 범발성폴립양성대절개및흡인술	O1233
48. 경피적확장기관절개술	O1301
49. 농흉세척[흉막강내주입포함]	O1502
50. 흉강삽관술(폐쇄식)	O1510
51. 종격동염배농술(비개흉식)	O1581
52. 타석절개술(단순적출)	Q2241
53. 인후농양절개술(경구강)	Q2251
54. 편도주위농양절개술또는흡인술	Q2320
55. 간농양(낭종)수술-개복에의한흡인또는주입술	Q7211
56. 역행성담췌관내시경수술-담(췌)관배액술	Q7762
57. 경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용] -담관확장술(단순[카테터등이용확장만하는경우])	Q7771
58. 경피적담관[낭]경이용시술[PTBD또는T-Tube이용] -담석제거술(바스켓또는풍선카테터이용, 기계적쇄석술시)	Q7773
59. 경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용] -담석제거술(전기수압식쇄석술시	Q7774
60. 요도주위농양절개술	R3750
61. 포상기태제거술-흡인소파술에의한것	R4481
62. 자궁내태아흉수배액술[유도료별도산정]-흉강천자	R4536
63. 절개술(안면또는경부,제1 범위,1cm미만)	S0011
64. 절개술(안면또는경부,제1 범위,1cm이상~2cm미만)	S0012
65. 절개술(안면또는경부,제1 범위,2cm이상)	S0013
66. 중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거	S4756
67. 경피적척수낭종혹은공동흡인술	S4811
68. 척수강내 약물주입펌프이식술-단순천자에 의한 시험적약물주입술	S4841
69. 유리체흡인술	S5050
70. 전방천자	S5080
71. 안검농양절개술	S5240
72. 맥립종절개술	S5400
73. 각막전부기질천자술[편측]	S5542
74. 골막하농양절개배액술	S5761

【별표156】 급여 특정시술치료(신경차단) 분류표

약관에 규정하는 급여 특정시술치료(신경차단)로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
1. 지주막하신경차단술	LA210
2. 경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법 -삽입당일[삽입료포함]	LA222
3. 경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법 -삽입익일이후(1일당)	LA223
4. 경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA224
5. 경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA225
6. 경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법 -삽입당일[삽입료포함]	LA226
7. 경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법 -삽입익일이후(1일당)	LA227
8. 경막외신경차단술(경막외패치술[혈액채취료포함])	LA228
9. 뇌신경및뇌신경말초지차단술-안면신경	LA232
10. 뇌신경및뇌신경말초지차단술-설인신경	LA233
11. 뇌신경및뇌신경말초지차단술-접구개신경절	LA234
12. 내시경하접구개신경절차단술	LA235
13. 척수신경말초지차단술-대소후두신경	LA241
14. 척수신경말초지차단술-상후두신경	LA242
15. 척수신경말초지차단술-후두신경	LA243
16. 척수신경말초지차단술-횡격막신경	LA244
17. 척수신경말초지차단술-척추부신경	LA245
18. 척수신경말초지차단술-견갑신경	LA247
19. 척수신경말초지차단술-늑간신경	LA248
20. 척수신경말초지차단술-장골서혜신경	LA249
21. 척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총	LA251
22. 척수신경총,신경근및신경절차단술-요천골신경총	LA253
23. 교감신경총및신경절차단술-간단한것	LA261
24. 교감신경총및신경절차단술-복잡한것(복강신경총)	LA264
25. 교감신경총및신경절차단술-복잡한것(하장간막신경총)	LA265
26. 척수신경말초지차단술-장골하복신경	LA270
27. 척수신경말초지차단술-음부신경	LA271
28. 척수신경말초지차단술-좌골신경	LA272
29. 척수신경말초지차단술-폐쇄신경	LA273
30. 척수신경말초지차단술-대퇴신경	LA274
31. 척수신경말초지차단술-외측대퇴피신경	LA275
32. 척수신경말초지차단술-상박신경총	LA276
33. 경막외신경차단술-일회성차단(경추및흉추)	LA321
34. 경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추)	LA323
35. 경막외신경차단술-일회성차단(미추)	LA324
36. 경막외신경차단술-경추간공차단(경추및흉추)	LA325
37. 경막외신경차단술-경추간공차단(요추및천추)	LA326
38. 경막외저장기펌프제거술	LA330
39. 뇌신경및뇌신경말초지차단술-삼차신경절,상악신경,하악신경	LA340
40. 뇌신경및뇌신경말초지차단술-안와상,안와하,턱끝,이개측두신경	LA341

41. 척수신경말초지차단술–액와신경	LA346
42. 척수신경말초지차단술–액와하부신경	LA347
43. 척수신경총,신경근및신경절차단술–방척추신경	LA352
44. 척수신경총,신경근및신경절차단술–미골신경	LA353
45. 척수신경총,신경근및신경절차단술–선택적신경근	LA354
46. 척수신경총,신경근및신경절차단술–척추후근신경절	LA355
47. 척수신경총,신경근및신경절차단술–척수회백신경교통지	LA356
48. 척수신경총,신경근및신경절차단술–척수신경후지	LA357
49. 척수신경총,신경근및신경절차단술–후지내측지	LA358
50. 척수신경총,신경근및신경절차단술–추간관절차단	LA359
51. 척수신경총,신경근및신경절차단술–천장관절차단	LA360
52. 교감신경총및신경절차단술–복잡한것(흉부교감신경절)	LA361
53. 교감신경총및신경절차단술–복잡한것(요부교감신경절)	LA362
54. 교감신경총및신경절차단술–복잡한것(상하복신경총)	LA366
55. 교감신경총및신경절차단술–복잡한것(외톨이신경절)	LA367
56. 전척추블록(기본[1시간기준])	LY051
57. 전척추블록(유지[1시간초과시15분당])	LY052

【별표157】 급여 특정시술치료(도수정복) 분류표

약관에 규정하는 급여 특정시술치료(도수정복)로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
1. 늑골골절비관혈적정복술	N0531
2. 척추골절및탈구의도수정복술	N0630
3. 사지골절도수정복술[골반골,대퇴골]	N0641
4. 사지골절도수정복술[상완골,하퇴골]	N0642
5. 사지골절도수정복술[전완골]	N0643
6. 사지골절도수정복술[수근골,족근골]	N0644
7. 사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골]	N0645
8. 관절탈구도수정복술(고관절)	N0761
9. 관절탈구도수정복술(견관절)	N0762
10. 관절탈구도수정복술(주관절,슬관절)	N0763
11. 관절탈구도수정복술(완관절,족관절,지관절)	N0764
12. 관절탈구도수정복술(요골골두 아탈구)	N0765

【별표158】 무릎관절연골손상 분류표

약관에 규정하는 무릎관절연골손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 무릎관절증	M17
2. 현존 무릎관절연골의 찢김	S83.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표159】 관절질환 분류표

약관에 규정하는 관절질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호
1. 관절염 및 다발관절병증	·감염성 관절병증 ·염증성 다발관절병증	M00~M03 M05~M14
	- 류마티스폐질환(M05.1†)	J99.0*
2. 관절증	·관절증	M15~M19
3. 기타 관절장애	·기타 관절장애	M20~M25
4. 전신결합조직장애	·전신홍반루푸스 ·피부다발근염 ·전신경화증	M32 M33 M34
5. 어깨병변	·어깨병변	M75
6. 연골병증	·연골병증	M91~M94

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표160】 척추질환 분류표

약관에 규정하는 척추질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호
1. 척추변형 (변형성 등병증)	·척주후만증 및 척주전만증 ·척주측만증 ·척추골연골증 ·기타 변형성 등병증	M40 M41 M42 M43
2. 척추병증	·강직척추염 ·기타 염증성 척추병증 ·척추증 ·기타 척추병증 ·달리 분류된 질환에서의 척추병증 – 척추증에서의 신경근 및 신경총 압박(M47.–†) – 기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박 (M45–M46†, M48.–†, M53–M54†) – 척추의 결핵(M49.0*)	M45 M46 M47 M48 M49 G55.2* G55.3* A18.00†
3. 기타 등병증	·경추간판장애 ·기타 추간판장애 ·달리 분류되지 않은 기타 등병증 ·등통증 – 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박 (M50–M51†)	M50 M51 M53 M54 G55.1*
4. 근골격계통 및 결합조직의 기타 장애	·달리 분류되지 않은 척추후궁절제후 증후군 ·척추후궁절제후 척주후만증 ·(척추)부분탈구복합 ·신경관의 부분탈구성 협착 ·신경관의 골성 협착 ·신경관의 결합조직협착 ·신경관의 추간판협착 ·추간공의 골성 또는 부분탈구성 협착 ·추간공의 결합조직 및 원반 협착	M96.1 M96.3 M99.1 M99.2 M99.3 M99.4 M99.5 M99.6 M99.7
5. 신경계통의 질환	·척추내 농양 및 육아종 ·척수의 기타 질환 ·말총증후군	G06.1 G95 G83.4
6. 골 및 관절연골의 악성 신생물	·척주의 악성 신생물 ·골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 악성 신생물	C41.2 C41.4
7. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	·척수막의 악성 신생물 ·척수의 악성 신생물 ·말총의 악성 신생물	C70.1 C72.0 C72.1
8. 양성 신생물	·척주의 양성 신생물	D16.6

구분	대상질병	분류번호
	·골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 양성 신생물 ·척수막의 양성 신생물 ·척수의 양성 신생물	D16.8 D32.1 D33.4
9. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	·척수의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 ·척수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43.4 D42.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표161】 특정 화상처치 분류표

약관에 규정하는 특정 화상처치로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-하지의1지,복부또는배부에준하는범위[10%~18%의범위]	N0053
화상처치-열탕, 화염, 동상, 화학화상 등의 경우 - 양하지 또는 동체(복부 및 배부)에 준하는 범위[19%~36%의 범위]	N0054
화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의 경우 - 상,하지 또는 양하지와 복부 또는 배부에 준하는 범위[37~54%]	NA055
화상처치-열탕, 화염, 동상, 화학화상 등의 경우 - 전신대부분의 범위[55%이상]	NA056
화상처치-전기화상의 경우(근육, 골격, 인대의 손상이 포함된 경우)	N0057
화상처치-전기화상의 경우(근육, 골격, 인대의 손상이 포함된 경우) - 섬광 또는 화염동반	NA057
화상처치-전기화상의 경우(기타)	N0058
화상처치-전기화상의 경우(기타) - 섬광 또는 화염동반	NA058

【별표162】 특정 깁스치료 분류표

약관에서 특정 깁스치료로 분류하는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
장상지(상완으로부터 수부까지)	T6020
대퇴에서 족부에 미치는 캐스트	T6050
장하지[대퇴로부터 족부까지]-Without Walker	T6051
장하지[대퇴로부터 족부까지]-With Walker	T6052
Risser형 체간캐스트	T6080
Minerva형 체간캐스트	T6070
고수상[요부로부터 족부까지, 척추cast포함]	T6040

【별표163】 특정 재활치료 분류표

약관에서 특정 재활치료로 분류하는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
중추신경계발달재활치료	MM105
복합작업치료	MM112
특수작업치료	MM113
일상생활동작 훈련치료	MM114
매트 및 이동치료	MM301
보행치료	MM302

【별표164】 정신질환치료제 분류표

약관에 규정하는 정신질환치료제는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류 중 아래의 코드에 해당하는 약제를 말합니다.

ATC코드 명칭	ATC코드
1. 알프라졸람(Alprazolam)	N05BA12
2. 브로마제팜(Bromazepam)	N05BA08
3. 클로르디아제폭시드(Chlordiazepoxide)	N05BA02
4. 클로바잠(Clobazam)	N05BA09
5. 디아제팜(Diazepam)	N05BA01
6. 에틸로플라제페이트(Ethyl loflazepate)	N05BA18
7. 로라제팜(Lorazepam)	N05BA06
8. 레미마졸람(Remimazolam)	N05CD14
9. 토피소팜(Tofisopam)	N05BA23
10. 클로티아제팜(Clotiazepam)	N05BA21
11. 에티졸람(Etizolam)	N05BA19
12. 부스피론(Buspirone)	N05BE01
13. 히드록시진(Hydroxyzine)	N05BB51
14. 아미트리프틸린(Amitriptyline)	N06AA09
15. 클로미프라민(Clomipramine)	N06AA04
16. 도슬레핀(Dosulepin 또는 Dothiepin)	N06AA16
17. 이미프라민(Imipramine)	N06AA02
18. 아목사핀(Amoxapine)	N06AA17
19. 노르트립틸린(Nortriptyline 또는 Nortryptiline)	N06AA10
20. 시탈로프람(Citalopram)	N06AB04
21. 에스시탈로프람(Escitalopram)	N06AB10
22. 플루옥세틴(Fluoxetine)	N06AB03
23. 플루복사민(Fluvoxamine)	N06AB08
24. 파록세틴(Paroxetine)	N06AB05
25. 설트랄린(Sertraline)	N06AB06
26. 보티옥세틴(Vortioxetine)	N06AX26
27. 데스벤라팍신(Desvenlafaxine)	N06AX23
28. 둘록세틴(Duloxetine)	N06AX21

29. 밀나시프란(Milnacipran)	N06AX17
30. 벤라팍신(Venlafaxine)	N06AX16
31. 모클로베미드(Moclobemide)	N06AG02
32. 티아넵틴(Tianeptine)	N06AX14
33. 아고멜라틴(Agomelatine)	N06AX22
34. 부프로피온(Bupropion)	N06AX12
35. 에스케타민(Esketamine)	N06AX27
36. 미르타자핀(Mirtazapine)	N06AX11
37. 세인트존스워트(St. John'S Wort)	N06AX25
38. 트라조돈(Trazodone)	N06AX05
39. 펜토바르비탈(Pentobarbital)	N05CA01
40. 페노바르비탈(Phenobarbital)	N03AA02
41. 티오펜탈(Thiopental)	N05CA19
42. 미다졸람(Midazolam)	N05CD08
43. 트리아졸람(Triazolam)	N05CD05
44. 플루니트라제팜(Flunitrazepam)	N05CD03
45. 플루라제팜(Flurazepam)	N05CD01
46. 쿠아제팜(Quazepam)	N05CD10
47. 테마제팜(Temazepam)	N05CD07
48. 잘레플론(Zaleplon)	N05CF03
49. 졸피뎀(Zolpidem)	N05CF02
50. 조피클론(Zopiclone)	N05CF01
51. 포수클로랄(Chloral Hydrate)	N05CC01
52. 덱스메데토미딘(Dexmedetomidine)	N05CM18
53. 독세핀(Doxepin)	N06AA12
54. 멜라토닌(Melatonin)	N05CH01
55. 아모다피닐(Armodafinil)	N06BA13
56. 모다피닐(Modafinil)	N06BA07
57. 클로르프로마진(Chlorpromazine)	N05AA01
58. 레보메프로마진(Levomepromazine)	N05AA02
59. 페르페나진(Perphenazine)	N05AB03
60. 브롬페리돌(Bromperidol)	N05AD06
61. 할로페리돌(Haloperidol)	N05AD01
62. 피모지드(Pimozide)	N05AG02
63. 클로르프로틱센(Chlorprothixene)	N05AF03
64. 몰린돈(Molindone)	N05AE02
65. 클로자핀(Clozapine)	N05AH02
66. 쿠에티아핀(Quetiapine)	N05AH04
67. 록사핀(Loxapine)	N05AH01
68. 올란자핀(Olanzapine)	N05AH03
69. 조테핀(Zotepine)	N05AX11
70. 팔리페리돈(Paliperidone)	N05AX13
71. 리스페리돈(Risperidone)	N05AX08
72. 아미설프리드(Amisulpride)	N05AL05
73. 아리피프라졸(Aripiprazole)	N05AX12
74. 블로난세린(Blonanserin)	N05AX
75. 브렉스피프라졸(Brexpiprazole)	N05AX16

76. 루라시돈(Lurasidone)	N05AE05
77. 지프라시돈(Ziprasidone)	N05AE04
78. 라모트리진(Lamotrigine)	N03AX09
79. 탄산리튬(Lithium Carbonate)	N05AN01
80. 루라시돈(Lurasidone)	N05AE05
81. 올란자핀(Olanzapine)	N05AH03
82. 쿠에티아핀(Quetiapine)	N05AH04
83. 리스페리돈(Risperidone)	N05AX08
84. 발프로산(Valproic Acid)	N03AG01
85. 지프라시돈(Ziprasidone)	N05AE04
86. 팜프리딘(Fampridine)	N07XX07

【별표165】 내분비및소화계질환 분류표

약관에 규정하는 내분비및소화계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 기타 비독성 고이터	E04
2. 갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
3. 쿠상증후군	E24
4. 사타구니탈장	K40
5. 배꼽탈장	K42
6. 복벽탈장	K43
7. 횡격막탈장	K44
8. 담석증	K80
9. 담낭의 기타 질환	K82
10. 담도의 기타 질환	K83
11. 췌장의 기타 질환	K86

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표166】 전립선,방광및기타질환 분류표

약관에 규정하는 전립선,방광및기타질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 남성생식기관의 양성 신생물	D29
2. 비뇨기관의 양성 신생물	D30
3. 갑상선의 양성 신생물	D34
4. 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
5. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
6. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
7. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
8. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
9. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
10. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
11. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
12. 폐색성 및 역류성 요로병증	N13
13. 상세불명의 신장위축	N26
14. 원인불명의 작은 신장	N27
15. 요도염 및 요도증후군	N34
16. 요도협착	N35
17. 전립선증식증	N40
18. 전립선의 염증성 질환	N41

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표167】 자궁및난소질환 분류표

약관에 규정하는 자궁및난소질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁의 평활근종	D25
2. 자궁의 기타 양성 신생물	D26
3. 난소의 양성 신생물	D27
4. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
5. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
6. 자궁경부의 염증성 질환	N72
7. 자궁내막증	N80
8. 여성생식관을 침범한 누공	N82
9. 여성생식관의 폴립	N84
10. 자궁경부의 미란 및 외반	N86
11. 자궁경부의 이형성	N87

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표168】 본인일부부담금 산정특례 암질환

약관에 규정하는 "중증질환자 암질환 산정특례대상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2026-101호, 2026. 5. 1시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 악성 신생물	C00~C97
2. 제자리신생물	D00~D09
3. 수막의 양성 신생물	D32
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D48

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 암질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주4) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표169】 특정생활질환 분류표

약관에 규정하는 특정생활질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 하지의 정맥류		I83
2. 달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환		J38
3. 무지외반증(후천성)		M20.1
4. 골다공증	· 병적 골절을 동반한 골다공증 · 병적 골절이 없는 골다공증 · 달리 분류된 질환에서의 골다공증 · 골연속성의 장애	M80 M81 M82 M84
5. 관절염	· 감염성 관절병증 · 염증성 다발관절병증 · 관절증 · 기타 관절장애	M00~M03 M05~M14 M15~M19 M20~M25
6. 눈 및 눈 부속기의 질환	· 눈꺼풀, 눈물계통 및 안와의 장애 (다래끼 및 콩다래끼(H00)제외) · 결막의 장애 · 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애 · 수정체의 장애 · 맥락막 및 망막의 장애 · 녹내장 · 유리체 및 안구의 장애 · 시신경 및 시각경로의 장애 · 안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애 · 시각장애 및 실명 · 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H01~H06 H10~H13 H15~H22 H25~H28 H30~H36 H40~H42 H43~H45 H46~H48 H49~H52 H53~H54 H55~H59
7. 귀 및 유돌의 질환	· 외이의 질환 · 중이 및 유돌의 질환 · 내이의 질환 · 귀의 기타 장애	H60~H62 H65~H75 H80~H83 H90~H95
8. 발바닥근막성 섬유종증		M72.2
9. 어깨의 유착성 관절낭염		M75.0
10. 손목터널증후군		G56.0
11. 수면무호흡		G47.3
12. 전신결합조직장애	· 전신홍반루푸스 · 피부다발근염 · 전신경화증	M32 M33 M34

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【부 록】 약관에서 인용된 법령

※ 약관에서 인용된 법령조항은 약관작성일(2026.04.01.) 기준으로 작성되었으며, 작성일 이후 해당 법령의 개정 또는 폐지가 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

법령별 목차

가사소송법 ····· 1485
관공서의 공휴일에 관한 규정 ····· 1488
국가공무원법 ····· 1489
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 ····· 1490
국민건강보험법 ····· 1493
국민건강보험법 시행령 ····· 1493
고등교육법 ····· 1502
고용보험법 ····· 1503
공소청사건사무규칙 ····· 1503
공직선거법 ····· 1504
교육공무원법 ····· 1505
교원의 지위 향상 및 교육활동 보호를 위한 특별법 ····· 1506
교원소청에 관한 규정 ····· 1506
금융소비자 보호에 관한 법률 ····· 1507
남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률 ····· 1510
노동절 제정에 관한 법률 ····· 1510
민법 ····· 1511
민사소송법 ····· 1511
민사소송 등 인지규칙 ····· 1512
방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 ····· 1512
변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙 ····· 1513
보험업감독규정 ····· 1513
보험업감독업무시행세칙 ····· 1514
보험업법 ····· 1514
보험업법 시행령 ····· 1515
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 ····· 1515
사립학교법 ····· 1516
산업재해보상보험법 시행규칙 ····· 1517
상법 ····· 1520

상법 시행령 ····· 1520
생명윤리 및 안전에 관한 법률 ····· 1521
선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준 ····· 1521
성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 ····· 1522
소비자기본법 ····· 1530
심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 ····· 1531
아동 · 청소년의 성보호에 관한 법률 ····· 1531
아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법 ····· 1532
암관리법 ····· 1533
약사법 ····· 1533
응급의료에 관한 법률 ····· 1536
응급의료에 관한 법률 시행규칙 ····· 1537
유아교육법 ····· 1538
의료급여법 ····· 1538
의료급여법 시행령 ····· 1538
의료법 ····· 1545
의료법 시행규칙 ····· 1547
모자보건법 ····· 1550
모자보건법 시행규칙 ····· 1551
장기등 이식에 관한 법률 ····· 1552
전자서명법 ····· 1552
초 · 중등교육법 ····· 1553
폭력행위 등 처벌에 관한 법률 ····· 1553
형법 ····· 1553
형사소송법 ····· 1553
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 ····· 1554
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 ··· 1555

제2조(가정법원의 관장 사항)

① 다음 각 호의 사항(이하 "가사사건"이라 한다)에 대한 심리(審理)와 재판은 가정법원의 전속관할(專屬管轄)로 한다.

1. 가사소송사건
   가. 가류(類) 사건
      1) 혼인의 무효
      2) 이혼의 무효
      3) 인지(認知)의 무효
      4) 친생자관계 존부 확인(親生子關係 存否 確認)
      5) 입양의 무효
      6) 파양(罷養)의 무효
   나. 나류(類) 사건
      1) 사실상 혼인관계 존부 확인
      2) 혼인의 취소
      3) 이혼의 취소
      4) 재판상 이혼
      5) 아버지의 결정
      6) 친생부인(親生否認)
      7) 인지의 취소
      8) 인지에 대한 이의(異議)
      9) 인지청구
      10) 입양의 취소
      11) 파양의 취소
      12) 재판상 파양
      13) 친양자(親養子) 입양의 취소
      14) 친양자의 파양
      15) 상속권 상실 선고
   다. 다류(類) 사건
      1) 약혼 해제(解除) 또는 사실혼관계 부당 파기(破棄)로 인한 손해배상청구(제3자에 대한 청구를 포함한다) 및 원상회복의 청구
      2) 혼인의 무효·취소, 이혼의 무효·취소 또는 이혼을 원인으로 하는 손해배상청구(제3자에 대한 청구를 포함한다) 및 원상회복의 청구
      3) 입양의 무효·취소, 파양의 무효·취소 또는 파양을 원인으로 하는 손해배상청구(제3자에 대한 청구를 포함한다) 및 원상회복의 청구
      4) 「민법」 제839조의3에 따른 재산분할청구권 보전을 위한 사해행위(詐害行爲) 취소 및 원상회복의 청구
2. 가사비송사건
   가. 라류(類) 사건
      1) 「민법」 제9조제1항, 제11조, 제14조의3제2항 및 제959조의20에 따른 성년후견 개시의 심판과 그 종료의 심판
      1)의2 「민법」 제10조제2항 및 제3항에 따른 취소할 수 없는 피성년후견인의 법률행위의 범위 결정 및 그 변경
      1)의3 「민법」 제12조제1항, 제14조, 제14조의3제1항 및 제959조의20에 따른 한정후견 개시의 심판과 그 종료의 심판
      1)의4 「민법」 제13조제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 피한정후견인이 한정후견인의 동의를 받아야 하는 행위의 범위 결정과 그 변경 및 한정후견인의 동의를 갈음하는 허가
      1)의5 「민법」 제14조의2, 제14조의3 및 제959조의20에 따른 특정후견의 심판과 그 종료의 심판

2) 「민법」 제22조부터 제26조까지의 규정에 따른 부재자 재산의 관리에 관한 처분
2)의2 「민법」 제909조의2제5항에 따라 친권자 또는 미성년후견인의 임무를 대행할 사람(이하 "임무대행자"라 한다)의 같은 법 제25조에 따른 권한을 넘는 행위의 허가
3) 「민법」 제27조부터 제29조까지의 규정에 따른 실종의 선고와 그 취소
4) 「민법」 제781조제4항에 따른 성(姓)과 본(本)의 창설 허가
5) 「민법」 제781조제5항에 따른 자녀의 종전 성과 본의 계속사용허가
6) 「민법」 제781조제6항에 따른 자녀의 성과 본의 변경허가
7) 「민법」 제829조제2항 단서에 따른 부부재산약정의 변경에 대한 허가
7)의2 「민법」 제854조의2에 따른 친생부인의 허가
7)의3 「민법」 제855조의2제1항 및 제2항에 따른 인지의 허가
8) 「민법」 제867조에 따른 미성년자의 입양에 대한 허가
8)의2 「민법」 제873조제2항에 따라 준용되는 같은 법 제867조에 따른 피성년후견인이 입양을 하거나 양자가 되는 것에 대한 허가
9) 「민법」 제871조제2항에 따른 부모의 동의를 갈음하는 심판
10) 삭제 〈2013. 7. 30.〉
11) 「민법」 제906조제1항 단서에 따른 양자의 친족 또는 이해관계인의 파양청구에 대한 허가
12) 「민법」 제908조의2에 따른 친양자 입양의 허가
13) 「민법」 제909조제2항 단서에 따른 친권 행사 방법의 결정
13)의2 「민법」 제909조의2제1항부터 제5항까지(같은 법 제927조의2제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 친권자의 지정, 미성년후견인의 선임 및 임무대행자의 선임
13)의3 「민법」 제909조의2제6항에 따른 후견의 종료 및 친권자의 지정
14) 삭제 〈2021. 1. 26.〉
15) 「민법」 제918조(같은 법 제956조에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 재산관리인의 선임(選任) 또는 개임(改任)과 재산관리에 관한 처분
16) 「민법」 제921조(「민법」 제949조의3에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 특별대리인의 선임
17) 「민법」 제927조에 따른 친권자의 법률행위 대리권 및 재산관리권의 사퇴(辭退) 또는 회복에 대한 허가
17)의2 「민법」 제927조의2제2항에 따른 친권자의 지정
17)의3 「민법」 제931조제2항에 따른 후견의 종료 및 친권자의 지정
18) 「민법」 제932조, 제936조제1항부터 제3항까지, 제940조, 제959조의3 및 제959조의9에 따른 미성년후견인 · 성년후견인 · 한정후견인 · 특정후견인의 선임 또는 변경
18)의2 「민법」 제938조제2항부터 제4항까지의 규정에 따른 성년후견인의 법정대리권의 범위 결정과 그 변경 및 성년후견인이 피성년후견인의 신상에 관하여 결정할 수 있는 권한의 범위 결정과 그 변경
18)의3 「민법」 제940조의7에 따라 준용되는 제940조와 제940조의3, 제940조의4, 제959조의5 및 제959조의10에 따른 미성년후견감독인 · 성년후견감독인 · 한정후견감독인 · 특정후견감독인의 선임 또는 변경
19) 「민법」 제939조(「민법」 제940조의7, 제959조의3제2항, 제959조의5제2항, 제959조의9제2항, 제959조의10제2항에 따라 준용되는 경우 및 제959조의16제3항에 따라 준용되는 제940조의7에 따라 다시 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 미성년후견인 · 성년후견인 · 한정후견인 · 특정후견인 · 미성년후견감독인 · 성년후견감독인 · 한정후견감독인 · 특정후견감독인 · 임의후견감독인의 사임에 대한 허가
20) 「민법」 제941조제1항 단서(같은 법 제948조에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 후견인의 재산 목록 작성을 위한 기간의 연장허가
21) 「민법」 제947조의2제2항(「민법」 제959조의6에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 피성년후견인 또는 피한정후견인의 격리에 대한 허가 및 「민법」 제947조의2제4항(「민법」 제940조의7, 제959조의5제2항 및 제959조의6에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 피미성년후견인, 피성년후견인 또는 피한정후견인에 대한 의료행위의 동의에 대한 허가
21)의2 「민법」 제947조의2제5항(「민법」 제940조의7, 제959조의5제2항 및 제959조의6에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 피미성년후견인, 피성년후견인 또는 피한정후견인이 거주하는 건물 또는 그 대지에 대한 매도 등에 대한 허가

21)의3 「민법」 제949조의2(「민법」 제940조의7, 제959조의5제2항, 제959조의6, 제959조의10제2항, 제959조의12에 따라 준용되는 경우 및 제959조의16제3항에 따라 준용되는 제940조의7에 따라 다시 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 여러 명의 성년후견인 · 한정후견인 · 특정후견인 · 성년후견감독인 · 한정후견감독인 · 특정후견감독인 · 임의후견감독인의 권한 행사에 관한 결정과 그 변경 또는 취소 및 성년후견인 · 한정후견인 · 특정후견인 · 성년후견감독인 · 한정후견감독인 · 특정후견감독인 · 임의후견감독인의 의사표시를 갈음하는 재판
21)의4 「민법」 제950조제2항(「민법」 제948조 및 제959조의6에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 미성년후견감독인 · 성년후견감독인 · 한정후견감독인의 동의를 갈음하는 허가
22) 「민법」 제954조(「민법」 제948조, 제959조의6 및 제959조의12에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 피미성년후견인, 피성년후견인, 피한정후견인 또는 피특정후견인의 재산상황에 대한 조사 및 그 재산관리 등 후견임무 수행에 관하여 필요한 처분명령
22)의2 「민법」 제909조의2제5항에 따라 준용되는 같은 법 제954조에 따른 미성년자의 재산상황에 대한 조사 및 그 재산관리 등 임무대행자의 임무 수행에 관하여 필요한 처분명령
23) 「민법」 제955조(「민법」 제940조의7, 제948조, 제959조의5제2항, 제959조의6, 제959조의10제2항, 제959조의12에 따라 준용되는 경우 및 제959조의16제3항에 따라 준용되는 제940조의7에 따라 다시 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 미성년후견인 · 성년후견인 · 한정후견인 · 특정후견인 · 미성년후견감독인 · 성년후견감독인 · 한정후견감독인 · 특정후견감독인 · 임의후견감독인에 대한 보수(報酬)의 수여
24) 「민법」 제957조제1항 단서(「민법」 제959조의7 및 제959조의13에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 후견 종료 시 관리계산기간의 연장허가
24)의2 「민법」 제959조의4에 따른 한정후견인에게 대리권을 수여하는 심판과 그 범위 변경 및 한정후견인이 피한정후견인의 신상에 관하여 결정할 수 있는 권한의 범위 결정과 그 변경
24)의3 「민법」 제959조의8에 따른 피특정후견인의 후원을 위하여 필요한 처분명령
24)의4 「민법」 제959조의11에 따른 특정후견인에게 대리권을 수여하는 심판
24)의5 「민법」 제959조의16제3항에 따라 준용되는 제940조의7에 따라 다시 준용되는 제940조 및 제959조의15제1항 · 제3항 · 제4항에 따른 임의후견감독인의 선임 또는 변경
24)의6 「민법」 제959조의16제2항에 따른 임의후견감독인에 대한 감독사무에 관한 보고 요구, 임의후견인의 사무 또는 본인의 재산상황에 대한 조사명령 또는 임의후견감독인의 직무에 관하여 필요한 처분명령
24)의7 「민법」 제959조의17제2항에 따른 임의후견인의 해임
24)의8 「민법」 제959조의18제2항에 따른 후견계약 종료의 허가
25) 삭제 〈2013. 4. 5.〉
26) 삭제 〈2013. 4. 5.〉
27) 삭제 〈2013. 4. 5.〉
28) 삭제 〈2013. 4. 5.〉
29) 「민법」 제1004조의2제7항에 따른 상속재산의 보존 및 관리를 위한 처분
30) 「민법」 제1019조제1항 단서에 따른 상속의 승인 또는 포기를 위한 기간의 연장허가
31) 「민법」 제1023조(같은 법 제1044조에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 상속재산 보존을 위한 처분
32) 「민법」 제1024조제2항, 제1030조 및 제1041조에 따른 상속의 한정승인신고 또는 포기신고의 수리(受理)와 한정승인 취소신고 또는 포기 취소신고의 수리
33) 「민법」 제1035조제2항(같은 법 제1040조제3항, 제1051조제3항 및 제1056조제2항에 따라 준용되는 경우를 포함한다) 및 제1113조제2항에 따른 감정인(鑑定人)의 선임
34) 「민법」 제1040조제1항에 따른 공동상속재산을 위한 관리인의 선임
35) 「민법」 제1045조에 따른 상속재산의 분리
36) 「민법」 제1047조에 따른 상속재산 분리 후의 상속재산 관리에 관한 처분
37) 「민법」 제1053조에 따른 관리인의 선임 및 그 공고와 재산관리에 관한 처분
38) 「민법」 제1057조에 따른 상속인 수색(搜索)의 공고
39) 「민법」 제1057조의2에 따른 상속재산의 분여(分與)
40) 「민법」 제1070조제2항에 따른 유언의 검인(檢認)
41) 「민법」 제1091조에 따른 유언의 증서 또는 녹음(錄音)의 검인
42) 「민법」 제1092조에 따른 유언증서의 개봉

43) 「민법」 제1096조에 따른 유언집행자의 선임 및 그 임무에 관한 처분
44) 「민법」 제1097조제2항에 따른 유언집행자의 승낙 또는 사퇴를 위한 통지의 수리
45) 「민법」 제1104조제1항에 따른 유언집행자에 대한 보수의 결정
46) 「민법」 제1105조에 따른 유언집행자의 사퇴에 대한 허가
47) 「민법」 제1106조에 따른 유언집행자의 해임
48) 「민법」 제1111조에 따른 부담(負擔) 있는 유언의 취소

나. 마류(類) 사건

1) 「민법」 제826조 및 제833조에 따른 부부의 동거·부양·협조 또는 생활비용의 부담에 관한 처분
2) 「민법」 제829조제3항에 따른 재산관리자의 변경 또는 공유재산(共有財産)의 분할을 위한 처분
3) 「민법」 제837조 및 제837조의2(같은 법 제843조에 따라 위 각 조항이 준용되는 경우 및 혼인의 취소 또는 인지를 원인으로 하는 경우를 포함한다)에 따른 자녀의 양육에 관한 처분과 그 변경, 면접교섭권(面接交涉權)의 처분 또는 제한·배제·변경
4) 「민법」 제839조의2제2항(같은 법 제843조에 따라 준용되는 경우 및 혼인의 취소를 원인으로 하는 경우를 포함한다)에 따른 재산 분할에 관한 처분
5) 「민법」 제909조제4항 및 제6항(혼인의 취소를 원인으로 하는 경우를 포함한다)에 따른 친권자의 지정과 변경
6) 「민법」 제922조의2에 따른 친권자의 동의를 갈음하는 재판
7) 「민법」 제924조, 제924조의2, 제925조 및 제926조에 따른 친권의 상실, 일시 정지, 일부 제한 및 그 실권 회복의 선고 또는 법률행위의 대리권과 재산관리권의 상실 및 그 실권 회복의 선고
8) 「민법」 제976조부터 제978조까지의 규정에 따른 부양(扶養)에 관한 처분
9) 「민법」 제1008조의2제2항 및 제4항에 따른 기여분(寄與分)의 결정
10) 「민법」 제1013조제2항에 따른 상속재산의 분할에 관한 처분

② 가정법원은 다른 법률이나 대법원규칙에서 가정법원의 권한으로 정한 사항에 대하여도 심리·재판한다.
③ 제2항의 사건에 관한 절차는 법률이나 대법원규칙으로 따로 정하는 경우를 제외하고는 라류 가사비송사건의 절차에 따른다.

제14조(관련 사건의 병합)
① 여러 개의 가사소송사건 또는 가사소송사건과 가사비송사건의 청구의 원인이 동일한 사실관계에 기초하거나 1개의 청구의 당부(當否)가 다른 청구의 당부의 전제가 되는 경우에는 이를 1개의 소로 제기할 수 있다.
② 제1항의 사건의 관할법원이 다를 때에는 가사소송사건 중 1개의 청구에 대한 관할권이 있는 가정법원에 소를 제기할 수 있다.
③ 가류 또는 나류 가사소송사건의 소의 제기가 있고, 그 사건과 제1항의 관계에 있는 다류 가사소송사건 또는 가사비송사건이 각각 다른 가정법원에 계속(係屬)된 경우에는 가류 또는 나류 가사소송사건의 수소법원(受訴法院)은 직권으로 또는 당사자의 신청에 의하여 결정으로 다류 가사소송사건 또는 가사비송사건을 병합할 수 있다.
④ 제1항이나 제3항에 따라 병합된 여러 개의 청구에 관하여는 1개의 판결로 재판한다.

관공서의 공휴일에 관한 규정

제1조(목적)
이 영은 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(공휴일)
관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005.6.30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제2조제2호 · 제6호 · 제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호 · 제4호 · 제7호 · 제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

국가공무원법

제26조의2(근무시간의 단축 임용 등)

국가기관의 장은 업무의 특성이나 기관의 사정 등을 고려하여 소속 공무원을 대통령령등으로 정하는 바에 따라 통상적인 근무시간보다 짧게 근무하는 공무원으로 임용 또는 지정할 수 있다.

제71조(휴직)

① 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 임용권자는 본인의 의사에도 불구하고 휴직을 명하여야 한다.
1. 신체 · 정신상의 장애로 장기 요양이 필요할 때
2. 삭제 <1978. 12. 5.>
3. 「병역법」에 따른 병역 복무를 마치기 위하여 징집 또는 소집된 때
4. 천재지변이나 전시 · 사변, 그 밖의 사유로 생사(生死) 또는 소재(所在)가 불명확하게 된 때
5. 그 밖에 법률의 규정에 따른 의무를 수행하기 위하여 직무를 이탈하게 된 때
6. 「공무원의 노동조합 설립 및 운영 등에 관한 법률」 제7조에 따라 노동조합 전임자로 종사하게 된 때

② 임용권자는 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 휴직을 원하면 휴직을 명할 수 있다. 다만, 제4호의 경우에는 대통령령으로 정하는 특별한 사정이 없으면 휴직을 명하여야 한다.
1. 국제기구, 외국 기관, 국내외의 대학 · 연구기관, 다른 국가기관 또는 대통령령으로 정하는 민간기업, 그 밖의 기관에 임시로 채용될 때
2. 국외 유학을 하게 된 때
3. 중앙인사관장기관의 장이 지정하는 연구기관이나 교육기관 등에서 연수하게 된 때
4. 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 필요하거나 여성공무원이 임신 또는 출산하게 된 때
5. 조부모, 부모(배우자의 부모를 포함한다), 배우자, 자녀 또는 손자녀를 부양하거나 돌보기 위하여 필요한 경우. 다만, 조부모나 손자녀의 돌봄을 위하여 휴직할 수 있는 경우는 본인 외에 돌볼 사람이 없는 등 대통령령등으로 정하는 요건을 갖춘 경우로 한정한다.
6. 외국에서 근무 · 유학 또는 연수하게 되는 배우자를 동반하게 된 때
7. 대통령령등으로 정하는 기간 동안 재직한 공무원이 직무 관련 연구과제 수행 또는 자기개발을 위하여 학습 · 연구 등을 하게 된 때

③ 임기제공무원에 대하여는 제1항제1호 · 제3호 및 제2항제4호에 한정하여 제1항 및 제2항을 적용한다.
④ 임용권자는 제2항제4호에 따른 휴직을 이유로 인사에 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.
⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 휴직 제도 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령등으로 정한다.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제5조의2(중증질환심의위원회)
① 중증환자에게 처방 · 투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.
② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다.

제9조(비급여대상)
① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.
② 삭제 <2001. 12. 31.>

[별표 2] 비급여대상(제9조제1항 관련)
1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
   마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
   바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
   아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
   나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
   다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우만 해당한다), 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원(종합병원은 제외한다), 아동·분만병원(분만병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 1 이상 확보할 것

(나) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우는 제외한다), 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기 전문병원(종합병원만 해당한다) 및 아동·분만병원(아동병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(라) 「의료법」 제3조제2항제3호바목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우(격리치료 대상인 환자가 요양병원에서 1개의 입원실

에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 〈2002.10.24〉

자. 제8조에 따라 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 〈2006.12.29〉

카. 삭제 〈2018. 12. 31.〉

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 삭제 〈2024. 7. 5.〉

하. 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제2호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 첨단재생의료 치료계획에 대한 첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 심의위원회의 심의 결과 적합 통보를 받은 첨단재생의료 치료

러. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 〈2006.12.29〉

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조

제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

국민건강보험법

제44조(비용의 일부부담)

① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 "본인일부부담금"이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.

② 본인이 연간 부담하는 다음 각 호의 금액의 합계액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 "본인부담상한액"이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다.

1. 본인일부부담금의 총액
2. 제49조제1항에 따른 요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액(요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액이 보건복지부장관이 정하여 고시한 금액보다 큰 경우에는 그 고시한 금액으로 한다)에서 같은 항에 따라 요양비로 지급받은 금액을 제외한 금액

③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.

④ 제2항 각 호에 따른 금액 및 합계액의 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

국민건강보험법 시행령

제19조(비용의 본인부담)

① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 "본인일부부담금"이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.

[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항 관련)

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.
   가. 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액
      1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과진료에 대한 가산금액은 제외한다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대[입원환자의 식사의 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 "식대가산금액"이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호가목·나목에서 같다]의 100분의 50을 더한 금액. 다만, 상급종합병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실·4인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실·4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 50·100분의 40·100분의 30으로 하고, 종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 40·100분의 30으로 하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 100분의 10으로 한다.
      2) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에서 입원진료를 받는 사람 중 입원치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
   나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 − 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 − 약값 총액 − 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소,	모든		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
보건지소, 보건진료소	지역		건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

비고

1. 위 표에서 "의약분업 예외환자"란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군감염병환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가목에 따라 요양급여비용 총액의 100분의 20을 적용받는 사람은 제외한다.
2. 위 표에서 "약값 총액"이란 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말한다.
3. 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료인 경우의 요양급여비용 총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액으로 한정한다.
4. 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우에는 해당 치료재료 비용 및 관련 행위(교체를 위한 직접적 행위에 한정한다. 이하 같다) 비용을 제외한 요양급여비용 총액을 위 표의 요양급여비용 총액으로 하여 위 표에 따라 산정한 금액에 해당 치료재료 비용 및 관련 행위 비용의 100분의 20(1세 미만 영유아의 경우에는 14/100)을 더한 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 제3호마목이 적용되는 중증질환자는 제외한다.
5. 보건복지부장관이 정하는 질병의 환자가 요양기관(의원으로 한정한다)에 보건복지부장관이 정하는 절차 또는 방법에 따라 외래진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표시한 경우에는 해당 질병에 대하여 그 다음 진료부터 (진찰료 총액 × 20/100) + [(요양급여비용 총액 − 진찰료 총액) × 30/100]에 해당하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
6. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

다. 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터의 경우

1) 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 30(요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액). 다만, 제1호가목 중 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 제외한다.
2) 「약사법」 제23조제3항제1호에 따라 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우로서 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따르지 않고 의약품을 조제받은 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액
   가) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40
   나) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 금액
3) 1)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 다음의 금액
   가) 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 50

나) 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 40

2. 제1호에도 불구하고 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따라 계산한 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액을 부담한다. 이 경우 질병군 분류번호 결정 요령, 평균 입원 일수, 입원실 이용 비용 등 해당 질병군의 본인일부부담금 산정에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
   가. 다음 계산식에 따라 계산한 금액과 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추가 산정액을 합한 금액의 100분의 20

[질병군별 기준 상대가치점수 + (입원 일수 - 질병군별 평균 입원 일수) × 질병군별 일당 상대가치점수] × 제21조제1항에 따라 정해진 상대가치점수의 점수당 단가

비고

1. 위 표에서 "질병군별 기준 상대가치점수"란 질병군별 평균 입원 일수만큼 입원했을 때 발생하는 입원 건당 상대가치점수를 말한다.
2. 위 표에서 "질병군별 일당 상대가치점수"란 입원 일수가 1일 증가함에 따라 추가되는 질병군별 상대가치점수를 말한다.
   나. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원실을 이용한 경우에는 가목에 따라 계산한 금액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원료 계산식에 따라 계산한 금액을 더한 금액
   다. 삭제 〈2021. 11. 1.〉
   라. 가목 및 나목에도 불구하고 제1호나목에 따라 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우에는 가목 또는 나목에 따라 계산한 금액에 제1호나목 표의 구분에 따라 계산한 금액을 더한 금액
3. 제1호와 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 각 목에서 정하는 금액을 부담한다. 다만, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우는 그 입원료에 한정하여 제1호가목1) 단서에서 정하는 금액을 부담한다.
   가. 다음의 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 50
      1) 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 요양급여
      2) 2세 미만 영유아 및 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 2세 이상 영유아에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
      3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
      4) 「장기등 이식에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 장기등기증자(뇌사자 또는 사망한 사람만 해당한다)의 장기등(같은 법 제4조제1호에 따른 장기등을 말한다) 적출에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
   나. 다음의 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 요양급여비용 총액의 100분의 10에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
      1) 삭제 〈2017. 9. 29.〉
      2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
      3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 고위험 임신부에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
      4) 삭제 〈2018. 12. 24.〉
   다. 다음의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당하는 금액
      1) 1세 이상 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원에서 외래진료를 받는 경우
      2) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 외래진료를 받는

경우로서 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 제1호 나목 표에 따른 금액을 부담한다.

3) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우

라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 "희귀난치성질환등"이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 "희귀난치성질환자등"이라 한다) 중 해당 환자가 속한 세대(배우자를 포함한다)의 소득 및 재산을 더하여 계산한 가액(이하 "소득인정액"이라 한다)이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하이고, 희귀난치성질환자등의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(이하 "부양의무자"라 한다)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단의 본인일부부담금 경감 인정 신청(이하 "경감인정신청"이라 한다)을 하여 그 경감 인정을 받은 사람 또는 희귀난치성질환자등 중 본인일부부담금의 경감이 필요하다고 보건복지부장관이 정하는 사람으로서 경감인정신청을 한 사람에 대한 요양급여의 경우에는 다음의 구분에 따라 계산한 금액. 이 경우 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 등 소득인정액의 산정에 필요한 사항 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.

1) 희귀난치성질환등을 가진 사람인 경우에는 입원기간 중 식대(식대가산금액은 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 100분의 20

2) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동인 경우에는 다음 표에 해당하는 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 20을 더한 금액. 다만, 가목에 해당하거나 6세 미만 아동의 입원진료 또는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환으로 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20만을 부담한다.

기관 종류	구분	본인일부부담금
상급종합병원	외래진료 및 입원진료	요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3 라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5

기관 종류	구분		본인일부부담금
종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	「의료급여법 시행령」 별표 1 제2호가목2)가)에 따른 만성질환자에 해당하는 사람이 그 만성질환에 대하여 외래진료를 받거나 해당 만성질환자가 나목2)(치매를 제외한다) 또는 마목에 따른 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우	「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
		그 밖의 외래진료	1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
	그 밖의 외래진료 및 입원진료		요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3 라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	외래진료	「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
		그 밖의 외래진료	1,000원. 다만, 1세 미만 영유아

기관 종류	구분	본인일부부담금
		외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
	입원진료	요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목 또는 차목(입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3
보건소, 보건지소, 보건진료소	외래진료 및 입원진료	없음
약국, 한국희귀·필수의약품센터	「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 따르지 않고 직접 조제한 경우	900원
	보건소, 보건지소 및 보건진료소를 제외한 요양기관에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우	500원
	보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우	없음

비고

1. 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하거나 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하고 처방전을 함께 발급하는 경우에는 1,000원을 부담한다.
2. 외래진료로서 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료에 대해서는 그 의료장비를 이용한 비용 총액의 100분의 14[나목2)(치매는 제외한다)에 따른 환자의 경우에는 100분의 10, 나목2)(치매만 해당한다), 마목, 하목 또는 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다)에 따른 환자 및 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 100분의 5]를 부담한다.
3. 제21조제3항제2호에 따른 질병군에 대한 입원 진료의 경우 본인일부부담금은 제2호가목, 나목 또는 라목에 따라 계산한 금액에 위 표의 해당 기관 종류별 입원진료에 해당하는 본인부담률을 곱한 금액으로 한다.
4. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 해당 입원료의 100분의 5를 부담한다.
5. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

3) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5

4) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 15
5) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
6) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20
7) 2)에도 불구하고 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동이 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 요양급여비용 총액의 100분의 3. 다만, 본인일부부담금이 500원 미만이 되는 경우에는 500원을 본인일부부담금으로 한다.
8) 삭제 〈2024. 12. 10.〉
9) 희귀난치성질환등을 가진 사람이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 30. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.
10) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 40. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

마. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
바. 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 그 요양급여비용 총액의 100분의 30
사. 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
아. 삭제 〈2024. 12. 10.〉
자. 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여[가목2) 및 라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다]를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
차. 18세 이하 아동의 치아홈메우기 외래진료 또는 16세 이상 18세 이하 아동의 치아홈메우기 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
카. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료(인공수정 및 체외수정시술을 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
타. 다음의 경우에는 본인일부부담금은 없는 것으로 한다.
1) 제25조제3항제1호에 따른 일반건강검진 결과에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이나 질병에 대하여 추가적인 진료 또는 검사의 필요성이 인정되는 사람이 그 질환이나 질병에 대하여 일반건강검진을 받은 날이 속하는 연도의 다음 연도 3월 31일까지 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여(의원 및 병원만 해당하되, 결핵에 대한 진료 또는 검사

의 경우에는 종합병원 및 상급종합병원도 해당한다)를 받는 경우

2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우

3) 요양급여를 의뢰받은 요양기관이 환자의 상태가 호전됨에 따라 요양급여를 의뢰한 요양기관 등으로 환자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 환자가 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우

파. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대해 정신건강의학과 외래진료를 받은 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 다음 표에 따라 계산한 금액에 제1호나목에 따라 계산한 금액(다음 표에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용을 계산한 금액은 제외한다)을 더한 금액. 다만, 6세 미만의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(제1호나목 및 다음 표에 따른 부담률을 말한다)의 100분의 70에 해당하는 금액으로 하고, 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액으로 한다.

기관 종류	본인일부부담금
상급종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 40/100
종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 30/100
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 20/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 10/100

하. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 조산아(早産兒)와 저체중 출생아의 다음의 구분에 따른 외래진료에 대한 요양급여로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여의 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5

1) 조산아: 출생일부터 5년 4개월이 되는 날까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 날까지의 외래진료

2) 저체중 출생아: 출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료

거. 가목1)·2)·3), 나목, 다목1), 마목, 자목 및 하목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 50. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

너. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경증질환자가 상급종합병원에서 외래진료를 받는 경우에는 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액

더. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자가 의원에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 외래진료를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 20(1세 이상 6세 미만의 아동은 해당 요양급여비용의 100분의 14). 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 사람이 외래진료를 받는 경우에는 제외한다.

1) 임신부

2) 1세 미만의 영유아

3) 65세 이상인 사람(해당 요양급여비용이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액 이하인 경우로 한정한다)

4) 희귀난치성질환등을 가진 사람

5) 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하인 사람으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건에 해당하는 사람

러. 나목, 다목, 라목2), 너목 및 더목에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병의 발생유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 요양급여를 받는 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액

1) 해당 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액

2) 1)에도 불구하고 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하에 해당하는 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건에 해당하는 경

우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

4. 제1호부터 제3호까지의 규정에도 불구하고 법 제41조의4 및 이 영 제18조의4에 따른 선별급여 항목의 경우에는 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 부담한다.
5. 제1호 및 제3호에도 불구하고 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원 및 같은 호 마목에 따른 정신병원 외의 요양기관에서 입원진료를 받는 경우로서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실에 16일 이상 연속하여 입원하는 환자의 경우에는 요양급여비용 총액 중 입원료에 한정하여 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 다만, 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우 및 질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

구분	본인일부부담금	
	입원일수 16일 이상 30일 이하	입원일수 31일 이상
가. 상급종합병원의 5인실 이상, 요양기관의 4인실 이상	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 25/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 30/100
나. 상급종합병원의 4인실, 종합병원·병원·한방병원의 3인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 35/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 40/100
다. 상급종합병원의 3인실, 종합병원·병원·한방병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 45/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 50/100
라. 상급종합병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 55/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 60/100

5의2. 제1호, 제3호(너목은 제외한다) 및 제4호(제18조의4제1항제4호에 따른 선별급여 항목의 경우는 제외한다)에도 불구하고 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 사람은 그 초과 외래진료에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 90을 부담한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그렇지 않다.

가. 「아동복지법」에 따른 아동
나. 「모자보건법」에 따른 임산부
다. 다음의 사람 중에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람
   1) 「장애인복지법」 제2조제2항에 따른 장애인
   2) 희귀난치성질환등을 가진 사람
   3) 제3호마목에 따른 중증질환자
   4) 그 밖에 1)부터 3)까지의 규정에 준하는 사람으로서 불가피하게 연간 365회를 초과하는 외래진료가 필요한 사람

6. 제1호부터 제5호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 항목의 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부령으로 정하는 금액을 부담한다.
   가. 법 제53조제3항에 따라 급여가 제한되는 경우
   나. 법 제54조제3호 및 제4호에 따라 급여가 정지되는 경우
   다. 법 제109조제10항에 따라 공단이 보험급여를 하지 않는 경우
   라. 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학교폭력 중 학생 간의 폭행에 의한 경우
   마. 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우
   바. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우

고등교육법

제14조(교직원의 구분)

① 학교(각종학교는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)에는 학교의 장으로서 총장 또는 학장을 둔다.
② 학교에 두는 교원은 제1항에 따른 총장이나 학장 외에 교수 · 부교수 · 조교수 및 강사로 구분한다.
③ 학교에는 학교운영에 필요한 행정직원 등 직원과 조교를 둔다.

④ 각종학교에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 준하여 필요한 교원, 직원 및 조교(이하 “교직원”이라 한다)를 둔다.

고용보험법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “피보험자”란 다음 각 목에 해당하는 사람을 말한다.
   가. 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」(이하 “고용산재보험료징수법”이라 한다) 제5조제1항 · 제2항, 제6조제1항, 제8조제1항 · 제2항, 제48조의2제1항 및 제48조의3제1항에 따라 보험에 가입되거나 가입된 것으로 보는 근로자, 예술인 또는 노무제공자
   나. 고용산재보험료징수법 제49조의2제1항 · 제2항에 따라 고용보험에 가입하거나 가입된 것으로 보는 자영업자(이하 “자영업자인 피보험자”라 한다)
2. “이직(離職)”이란 피보험자와 사업주 사이의 고용관계가 끝나게 되는 것(제77조의2제1항에 따른 예술인 및 제77조의6제1항에 따른 노무제공자의 경우에는 문화예술용역 관련 계약 또는 노무제공 계약이 끝나는 것을 말한다)을 말한다.
3. “실업”이란 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업하지 못한 상태에 있는 것을 말한다.
4. “실업의 인정”이란 직업안정기관의 장이 제43조에 따른 수급자격자가 실업한 상태에서 적극적으로 직업을 구하기 위하여 노력하고 있다고 인정하는 것을 말한다.
5. “보수”란 「소득세법」 제20조에 따른 근로소득에서 대통령령으로 정하는 금품을 뺀 금액을 말한다. 다만, 휴직이나 그 밖에 이와 비슷한 상태에 있는 기간 중에 사업주 외의 자로부터 지급받는 금품 중 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금품은 보수로 본다.
6. “일용근로자”란 1개월 미만 동안 고용되는 사람을 말한다.

제43조(수급자격의 인정)

①구직급여를 지급받으려는 사람은 직업안정기관의 장에게 제40조제1항제1호부터 제3호까지 · 제5호 및 제6호에 따른 구직급여의 수급 요건을 갖추었다는 사실(이하 “수급자격”이라 한다)을 인정하여 줄 것을 신청하여야 한다.

②직업안정기관의 장은 제1항에 따른 수급자격의 인정신청을 받으면 그 신청인에 대한 수급자격의 인정 여부를 결정하고, 대통령령으로 정하는 바에 따라 신청인에게 그 결과를 알려야 한다.

③제2항에 따른 신청인이 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에는 마지막에 이직한 사업을 기준으로 수급자격의 인정 여부를 결정한다. 다만, 마지막 이직 당시 일용근로자로서 피보험 단위기간이 1개월 미만인 사람이 수급자격을 갖추지 못한 경우에는 일용근로자가 아닌 근로자로서 마지막으로 이직한 사업을 기준으로 결정한다.

1. 피보험자로서 마지막에 이직한 사업에 고용되기 전에 피보험자로서 이직한 사실이 있을 것
2. 마지막 이직 이전의 이직과 관련하여 구직급여를 받은 사실이 없을 것

④ 직업안정기관의 장은 제2항 및 제3항에 따라 신청인에 대한 수급자격의 인정 여부를 결정하기 위하여 필요하면 신청인이 이직하기 전 사업의 사업주에게 고용노동부령으로 정하는 바에 따라 이직확인서의 제출을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 사업주는 고용노동부령으로 정하는 바에 따라 이직확인서를 제출하여야 한다.

⑤ 제2항에 따라 수급자격의 인정을 받은 사람(이하 “수급자격자”라 한다)이 제48조 및 제54조제1항에 따른 기간에 새로 수급자격의 인정을 받은 경우에는 새로 인정받은 수급자격을 기준으로 구직급여를 지급한다.

공소청사건사무규칙

제115조(불기소결정)

① 검사가 사건을 불기소결정하는 경우에는 불기소 사건기록 및 불기소 결정서에 부수처분과 압수물처분을 기재하고, 불기소 결정서에 피의사실의 요지 및 공소를 제기하지 않는 이유를 적어야 한다. 다만, 간단하거나 정형적인 사건의 경우에는 불기소 사건기록 및 불기소 결정서(간이) 양식을 사용할 수 있다.

② 제1항의 불기소 사건기록 및 불기소 결정서를 작성하는 경우에는 다음 각 호의 방법으로 표시하되, 법정형이 중한 순으로 표시한다.
1. 피의자: 1, 2, 3의 순
2. 죄명: 가, 나, 다의 순

③ 불기소결정의 주문은 다음과 같이 한다.
1. 기소유예: 피의사실이 인정되나 「형법」 제51조 각 호의 사항을 참작하여 소추할 필요가 없는 경우
2. 혐의없음
   가. 혐의없음(범죄인정안됨): 피의사실이 범죄를 구성하지 않거나 피의사실이 인정되지 않는 경우
   나. 혐의없음(증거불충분) : 피의사실을 인정할 만한 충분한 증거가 없는 경우
3. 죄가안됨: 피의사실이 범죄구성요건에는 해당하지만 법률상 범죄의 성립을 조각하는 사유가 있어 범죄를 구성하지 않는 경우
4. 공소권없음: 다음 각 목의 어느 해당에 해당하는 경우
   가. 확정판결이 있는 경우
   나. 통고처분이 이행된 경우
   다. 「소년법」·가정폭력처벌법·성매매처벌법 또는 아동학대처벌법에 따른 보호처분이 확정된 경우(보호처분이 취소되어 공소청에 송치된 경우는 제외한다)
   라. 사면이 있는 경우
   마. 공소의 시효가 완성된 경우
   바. 범죄 후 법령의 개정이나 폐지로 형이 폐지된 경우
   사. 법률에 따라 형이 면제된 경우
   아. 피의자에 관하여 재판권이 없는 경우
   자. 같은 사건에 관하여 이미 공소가 제기된 경우(공소를 취소한 경우를 포함한다. 다만, 공소를 취소한 후에 다른 중요한 증거를 발견한 경우는 포함되지 않는다)
   차. 친고죄 및 공무원의 고발이 있어야 논할 수 있는 죄의 경우에 고소 또는 고발이 없거나 그 고소 또는 고발이 무효 또는 취소된 경우
   카. 반의사불벌죄의 경우 처벌을 희망하지 않는 의사표시가 있거나 처벌을 희망하는 의사표시가 철회된 경우
   타. 피의자가 사망하거나 피의자인 법인이 존속하지 않게 된 경우
5. 각하
   가. 고소 또는 고발이 있는 사건에 관하여 고소인 또는 고발인의 진술이나 고소장 또는 고발장에 의하여 제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 사유에 해당함이 명백한 경우
   나. 법 제224조, 제232조제2항 또는 제235조에 위반한 고소·고발의 경우
   다. 같은 사건에 관하여 검사의 불기소결정이 있는 경우(새로이 중요한 증거가 발견되어 고소인, 고발인 또는 피해자가 그 사유를 소명한 경우는 제외한다)
   라. 법 제223조, 제225조부터 제228조까지의 규정에 따른 고소권자가 아닌 자가 고소한 경우
   마. 고소인 또는 고발인이 고소·고발장을 제출한 후 출석요구나 자료제출 등 혐의 확인을 위한 수사기관의 요청에 불응하거나 소재불명이 되는 등 고소·고발사실에 대한 수사를 개시·진행할 자료가 없는 경우
   바. 고발이 진위 여부가 불분명한 언론 보도나 인터넷 등 정보통신망의 게시물, 익명의 제보, 고발 내용과 직접적인 관련이 없는 제3자로부터의 전문(傳聞)이나 풍문 또는 고발인의 추측만을 근거로 한 경우 등으로서 수사를 개시할만한 구체적인 사유나 정황이 충분하지 않은 경우
   사. 고소·고발 사건(진정 또는 신고를 단서로 수사개시된 사건을 포함한다)의 사안의 경중 및 경위, 피해회복 및 처벌의사 여부, 고소인·고발인·피해자와 피고소인·피고발인·피의자와의 관계, 분쟁의 종국적 해결 여부 등을 고려할 때 수사 또는 소추에 관한 공공의 이익이 없거나 극히 적은 경우로서 수사를 개시·진행할 필요성이 인정되지 않는 경우

공직선거법

제222조(선거소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고

로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.
② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.
③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다.

제223조(당선소송)
① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의 決定·公告·통지) 제1항·제2항, 제188조(地域區國會議員當選人의 決定·公告·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의 배분과 當選人의 決定·公告·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.
② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.
③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.
④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할 광역공소청장을 피고로 한다.

교육공무원법

제32조(기간제교원)
① 고등학교 이하 각급학교 교원의 임용권자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 예산의 범위에서 기간을 정하여 교원 자격증을 가진 사람을 교원으로 임용할 수 있다.
1. 교원이 제44조제1항 각 호의 어느 하나의 사유로 휴직하게 되어 후임자의 보충이 불가피한 경우
2. 교원이 파견·연수·정직·직위해제 등 대통령령으로 정하는 사유로 직무를 이탈하게 되어 후임자의 보충이 불가피한 경우
3. 특정 교과를 한시적으로 담당하도록 할 필요가 있는 경우
4. 교육공무원이었던 사람의 지식이나 경험을 활용할 필요가 있는 경우
5. 유치원 방과후 과정을 담당하도록 할 필요가 있는 경우
② 제1항에 따라 임용된 교원(이하 “기간제교원”이라 한다)은 정규 교원 임용에서 어떠한 우선권도 인정되지 아니하며, 같은 항 제4호에 따라 임용된 사람을 제외하고는 책임이 무거운 감독 업무의 직위에 임용될 수 없다.
③ 기간제교원에 대하여는 제43조제2항·제3항, 제43조의2, 제44조부터 제47조까지 및 제49조부터 제

51조까지, 「국가공무원법」 제16조, 제70조, 제73조, 제73조의2부터 제73조의4까지, 제75조, 제76조, 제78조, 제78조의2, 제79조, 제80조, 제82조, 제83조제1항·제2항 및 제83조의2를 적용하지 아니하며, 임용기간이 끝나면 당연히 퇴직한다.

④ 기간제교원의 임용에 관하여는 제10조의3제1항 및 제10조의4를 준용한다.

교원의 지위 향상 및 교육활동 보호를 위한 특별법

제18조(교권보호위원회의 설치·운영)

① 「유아교육법」에 따른 유치원 및 「초·중등교육법」에 따른 학교(이하 "고등학교 이하 각급학교"라 한다) 교원의 교육활동 보호에 관한 다음 각 호의 사항을 심의하기 위하여 시·도 교육청에 교권보호위원회(이하 "시·도교권보호위원회"라 한다)를 둔다.

1. 제15조에 따른 시행계획의 수립
2. 제2항에 따른 지역교권보호위원회에서 조정되지 아니한 분쟁의 조정
3. 그 밖에 교육감이 교원의 교육활동 보호를 위하여 시·도교권보호위원회의 심의가 필요하다고 인정하는 사항

② 고등학교 이하 각급학교 교원의 교육활동 보호에 관한 다음 각 호의 사항을 심의하기 위하여 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조 및 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제80조에 따른 교육지원청(교육지원청이 없는 경우 해당 시·도의 조례로 정하는 기관으로 한다. 이하 같다)에 지역교권보호위원회(이하 "지역교권보호위원회"라 한다)를 둔다.

1. 교육활동 침해 기준 마련 및 예방 대책 수립
2. 제25조제2항 각 호에 따른 교육활동 침해학생에 대한 조치
3. 제26조제2항 각 호에 따른 교육활동 침해 보호자 등에 대한 조치
4. 교원의 교육활동과 관련된 분쟁의 조정
5. 그 밖에 교육장이 교원의 교육활동 보호를 위하여 지역교권보호위원회의 심의가 필요하다고 인정하는 사항

③ 교육감 또는 교육장은 시·도교권보호위원회 또는 지역교권보호위원회를 구성할 때 관할 학교의 교사인 위원이 전체 위원 정수(定數)의 10분의 2 이상이 되도록 하여야 한다.

④ 그 밖에 시·도교권보호위원회와 지역교권보호위원회의 설치·구성 및 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제19조(교육활동 침해행위)

이 법에서 "교육활동 침해행위"란 고등학교 이하 각급학교에 소속된 학생 또는 그 보호자(친권자, 후견인 및 그 밖에 법률에 따라 학생을 부양할 의무가 있는 자를 말한다. 이하 같다) 등이 대면 또는 비대면 교육활동 중인 교원에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하는 것을 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 범죄 행위
   가. 「형법」 제2편제8장(공무방해에 관한 죄), 제11장(무고의 죄), 제25장(상해와 폭행의 죄), 제30장(협박의 죄), 제33장(명예에 관한 죄), 제314조(업무방해) 또는 제42장(손괴의 죄)에 해당하는 범죄 행위
   나. 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조제1항에 따른 성폭력범죄 행위
   다. 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제44조의7제1항에 따른 불법정보 유통 행위
   라. 그 밖에 다른 법률에서 형사처벌 대상으로 규정한 범죄 행위로서 교원의 교육활동을 침해하는 행위
2. 교원의 교육활동을 부당하게 간섭하거나 제한하는 행위로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 목적이 정당하지 아니한 민원을 반복적이거나 교육활동에 현저한 지장을 주는 방식으로 제기하는 행위
   나. 교원의 법적 의무가 아닌 일을 지속적으로 강요하는 행위
   다. 그 밖에 교육부장관이 정하여 고시하는 행위

교원소청에 관한 규정

제8조(소청심사청구의 취하)
청구인은 심사위원회의 결정이 있을 때까지는 소청심사청구의 일부 또는 전부를 취하할 수 있다.

제16조(심사위원회의 결정)
① 소청사건의 결정은 심사위원회 재적위원 3분의 2 이상의 출석과 출석위원 과반수의 합의에 따르되, 의견이 나뉘어 위원 과반수의 합의에 이르지 못할 경우에는 출석위원 과반수에 이를 때까지 청구인에게 가장 불리한 의견에 차례로 유리한 의견을 더하여 그 중 가장 유리한 의견을 합의된 의견으로 본다.
② 삭제 〈2020. 5. 4.〉
③ 법 제10조제2항제3호 및 제4호에 따른 심사위원회의 결정이 소청심사의 대상이 된 처분에 있어서 법령의 적용, 증거 및 사실조사에 명백한 흠이 있거나 징계위원회의 구성 또는 징계의결 그 밖에 절차상의 흠이 있음을 이유로 한 경우 처분권자는 청구인에 대한 징계 절차 또는 재임용 절차를 다시 밟아 심사위원회의 결정서를 받은 날부터 3개월(「교육공무원법」 제11조의4제4항 및 「사립학교법」 제53조의2제6항에 따른 교원에 대한 재임용 거부처분의 경우에는 6개월) 이내에 징계 절차 또는 재임용 절차를 끝내야 한다. 이 경우 심사위원회가 소청심사청구의 대상이 되는 처분에 대하여 한 취소명령 또는 변경명령 결정은 그에 따른 징계 그 밖의 처분이 있을 때까지 종전에 행한 처분의 효력에 영향을 미치지 않는다.
④ 심사위원회는 소청심사청구의 대상이 되는 처분보다 청구인에게 불이익한 결정을 하지 못한다.
⑤ 심사위원회의 결정은 그 이유를 명시한 결정서로 하여야 한다.
⑥ 심사위원회는 심사 결과 징계처분 등의 원인이 된 사실관계의 명확한 판단을 위해 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 의결을 거쳐 결정을 연기할 수 있다. 이 경우 그 사실을 당사자에게 지체 없이 통지해야 한다.

제18조(결정의 경정)
심사위원회는 소청사건에 대한 결정에 오기·착오 그 밖에 이와 비슷한 잘못이 있는 것이 명백한 경우 직권 또는 당사자의 신청에 따라 경정결정을 할 수 있다.

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

제19조(설명의무)
① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.
   1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항
      가. 보장성 상품

1) 보장성 상품의 내용
2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
4) 위험보장의 범위
5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

나. 투자성 상품
1) 투자성 상품의 내용
2) 투자에 따른 위험
3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급
4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

다. 예금성 상품
1) 예금성 상품의 내용
2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

라. 대출성 상품
1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부 · 기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
2) 상환방법에 따른 상환금액 · 이자율 · 시기
3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액
5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 “연계 · 제휴서비스등”이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
가. 연계 · 제휴서비스등의 내용
나. 연계 · 제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
다. 그 밖에 연계 · 제휴서비스등의 제공기간 등 연계 · 제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한 · 행사방법 · 효과에 관한 사항
4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법 · 절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 총족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하

일 것

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전 · 재화 · 용역(이하 이 조에서 “금전 · 재화등”이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 “서면등”이라 한다)을 발송한 때
2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전 · 재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
   가. 이미 공급받은 금전 · 재화등
   나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
   다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전 · 재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전 · 재화등을 반환하고, 금전 · 재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전 · 재화등을 반환하고, 금전 · 재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.
3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전 · 재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전 · 재화등을 반환하고, 금전 · 재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항 · 제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통

령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 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.

남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률

제19조(육아휴직)
① 사업주는 임신 중인 여성 근로자가 모성을 보호하거나 근로자가 만 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀(입양한 자녀를 포함한다. 이하 같다)를 양육하기 위하여 휴직(이하 "육아휴직"이라 한다)을 신청하는 경우에 이를 허용하여야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
② 육아휴직의 기간은 1년 이내로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 근로자의 경우 6개월 이내에서 추가로 육아휴직을 사용할 수 있다.
1. 같은 자녀를 대상으로 부모가 모두 육아휴직을 각각 3개월 이상 사용한 경우의 부 또는 모
2. 「한부모가족지원법」 제4조제1호의 부 또는 모
3. 고용노동부령으로 정하는 장애아동의 부 또는 모
③ 사업주는 육아휴직을 이유로 해고나 그 밖의 불리한 처우를 하여서는 아니 되며, 육아휴직 기간에는 그 근로자를 해고하지 못한다. 다만, 사업을 계속할 수 없는 경우에는 그러하지 아니하다.
④ 사업주는 육아휴직을 마친 후에는 휴직 전과 같은 업무 또는 같은 수준의 임금을 지급하는 직무에 복귀시켜야 한다. 또한 제2항의 육아휴직 기간은 근속기간에 포함한다.
⑤ 기간제근로자 또는 파견근로자의 육아휴직 기간은 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제4조에 따른 사용기간 또는 「파견근로자 보호 등에 관한 법률」 제6조에 따른 근로자파견기간에서 제외한다.
⑥ 육아휴직의 신청방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제19조의2(육아기 근로시간 단축)
① 사업주는 근로자가 만 12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 근로시간의 단축(이하 "육아기 근로시간 단축"이라 한다)을 신청하는 경우에 이를 허용하여야 한다. 다만, 대체인력 채용이 불가능한 경우, 정상적인 사업 운영에 중대한 지장을 초래하는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
② 제1항 단서에 따라 사업주가 육아기 근로시간 단축을 허용하지 아니하는 경우에는 해당 근로자에게 그 사유를 서면으로 통보하고 육아휴직을 사용하게 하거나 출근 및 퇴근 시간 조정 등 다른 조치를 통하여 지원할 수 있는지를 해당 근로자와 협의하여야 한다.
③ 사업주가 제1항에 따라 해당 근로자에게 육아기 근로시간 단축을 허용하는 경우 단축 후 근로시간은 주당 15시간 이상이어야 하고 35시간을 넘어서는 아니 된다.
④ 육아기 근로시간 단축의 기간은 1년 이내로 한다. 다만, 근로자가 제19조제2항 본문에 따른 육아휴직 기간 중 사용하지 아니한 기간이 있으면 그 기간의 두 배를 가산한 기간 이내로 한다.
⑤ 사업주는 육아기 근로시간 단축을 이유로 해당 근로자에게 해고나 그 밖의 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.
⑥ 사업주는 근로자의 육아기 근로시간 단축기간이 끝난 후에 그 근로자를 육아기 근로시간 단축 전과 같은 업무 또는 같은 수준의 임금을 지급하는 직무에 복귀시켜야 한다.
⑦ 육아기 근로시간 단축의 신청방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

노동절 제정에 관한 법률

5월 1일을 노동절로 하고, 이 날을 「근로기준법」 에 따른 유급휴일로 한다.

민법

제2조(신의성실)
① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.
② 권리는 남용하지 못한다.

제767조(친족의 정의)
배우자, 혈족 및 인척을 친족으로 한다.

제768조(혈족의 정의)
자기의 직계존속과 직계비속을 직계혈족이라 하고 자기의 형제자매와 형제자매의 직계비속, 직계존속의 형제자매 및 그 형제자매의 직계비속을 방계혈족이라 한다.

제769조(인척의 계원)
혈족의 배우자, 배우자의 혈족, 배우자의 혈족의 배우자를 인척으로 한다.

제777조(친족의 범위)
친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.
1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)
① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)
① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.
② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.
④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.
⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.
② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)
① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.
② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)
① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)
① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)
① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.
② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)
상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

민사소송 등 인지규칙

제18조의2(소가를 산출할 수 없는 재산권상의 소 등)
재산권상의 소로서 그 소가를 산출할 수 없는 것과 비재산권을 목적으로 하는 소송의 소가는 5천만 원으로 한다. 다만, 제15조제1항 내지 제3항, 제15조의2, 제17조의2, 제18조에 정한 소송의 소가는 1억 원으로 한다.

방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)
① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.
② 의학원은 법인으로 한다.
③ 의학원은 그 주된 사무소가 있는 곳에서 설립등기를 함으로써 성립한다.

④ 의학원은 그 정관을 변경하려면 과학기술정보통신부장관의 인가를 받아야 한다.
⑤ 의학원에는 이사장과 원장 1명씩을 포함한 13명 이내의 이사와 1명의 감사를 임원으로 둔다. 임원은 정관으로 정하는 바에 따라 이사회에서 선임하되, 과학기술정보통신부장관의 승인을 받아야 한다.
⑥ 의학원의 중요 사항을 심의·의결하기 위하여 의학원에 이사회를 둔다.
⑦ 원장은 의학원을 대표하고, 의학원의 업무를 총괄하며, 소속 직원을 지휘·감독한다.
⑧ 정부는 예산의 범위에서 의학원의 설립 및 운영에 필요한 경비를 출연할 수 있다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)
의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙

제1조(목적)
이 규칙은 민사소송법 제109조제1항에 의하여 소송비용에 산입할 변호사보수의 금액을 정함을 목적으로 한다.

제2조(적용범위)
이 규칙은 민사소송법의 규정(다른법률에 의하여 민사소송법의 규정이 준용되는 경우를 포함한다)에 의하여 소송비용액의 확정결정 신청을 할 수 있는 사건에 적용한다.

제3조(산입할 보수의 기준)
① 소송비용에 산입되는 변호사의 보수는 당사자가 보수계약에 의하여 지급한 또는 지급할 보수액(다음부터 '지급보수액'이라 한다)의 범위 내에서 각 심급단위로 소송목적의 값에 따라 별표의 기준에 의하여 산정한다.
② 가압류, 가처분 명령의 신청, 그 명령에 대한 이의 또는 취소의 신청사건에 있어서 소송비용에 산입되는 변호사의 보수는 지급보수액의 범위 내에서, 각 심급단위로 피보전권리의 값에 따라 별표의 기준에 의하여 산정한 금액의 2분의 1로 한다. 다만, 가압류, 가처분 명령의 신청사건에 있어서는 변론 또는 심문을 거친 경우에 한한다.

제4조(소송목적의 값등의 산정기준)
① 제3조에 규정된 소송목적의 값 또는 피보전권리의 값의 산정은 민사소송등인지법 제2조의 규정에 의한다.
② 청구취지 또는 신청취지를 변경한 경우에는 변경한 청구취지 또는 신청취지를 기준으로 한다.

제5조(보수의 감액)
피고의 전부자백 또는 자백간주에 의한 판결과 무변론 판결, 이행권고결정의 경우 소송비용에 산입할 변호사의 보수는 지급보수액의 범위 내에서, 소송목적의 값에 따라 별표의 기준에 의하여 산정한 금액의 2분의 1로 한다.

제6조(재량에 의한 조정)
① 제3조 및 제5조의 금액 전부를 소송비용에 산입하는 것이 현저히 부당하다고 인정되는 경우에는 법원은 상당한 정도까지 감액 산정할 수 있다.
② 법원은 제3조의 금액이 소송의 특성 및 이에 따른 소송대리인의 선임 필요성, 당사자가 실제 지출한 변호사보수 등에 비추어 현저히 부당하게 낮은 금액이라고 인정하는 때에는 당사자의 신청에 따라 위 금액의 2분의 1 한도에서 이를 증액할 수 있다.

보험업감독규정

제1-2조(정의)
이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
13. "평균공시이율"이란 금융감독원장(이하 "감독원장"이라 한다)이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균을 말한다.

제4-36조(통신판매시 준수사항)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 "전자적 상품설명장치"라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것

보험업감독업무시행세칙

제4-4조(평균공시이율)

감독규정 제1-2조제13호의 규정에 의한 평균공시이율은 다음 각호의 기준에 따라 매 사업년도말까지 산출하여 다음 사업년도에 적용한다.

1. 평균공시이율은 감독규정 제7-65조 제3항에서 정한 회사별 공시이율의 평균으로 보험계약이 체결되는 연도의 이율을 전보험기간에 걸쳐 적용하며, 0.25%포인트 단위로 반올림하여 산출한다.
   가. 회사별 공시이율은 매월말 계약자적립액 기준으로 가중평균하여 산출한다.
   나. 평균공시이율은 회사별 공시이율을 계약자적립액 기준으로 가중평균하여 산출한다.
2. 제1호에 의한 공시이율은 8월말을 기준으로 최근 12개월을 대상으로 한다.

구 분	평균공시이율
2026년	2.5%

보험업법

제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)

① 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집에 관하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.

1. 삭제 <2020. 3. 24.>
2. 삭제 <2020. 3. 24.>
3. 삭제 <2020. 3. 24.>
4. 삭제 <2020. 3. 24.>
5. 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 이미 성립된 보험계약(이하 이 조에서 “기존보험계약”이라 한다)을 부당하게 소멸시킴으로써 새로운 보험계약(대통령령으로 정하는 바에 따라 기존보험계약과 보장 내용 등이 비슷한 경우만 해당한다. 이하 이 조에서 같다)을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 함으로써 기존보험계약을 부당하게 소멸시키거나 그 밖에 부당하게 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 권유하는 행위
6. 실제 명의인이 아닌 자의 보험계약을 모집하거나 실제 명의인의 동의가 없는 보험계약을 모집하는 행위
7. 보험계약자 또는 피보험자의 자필서명이 필요한 경우에 보험계약자 또는 피보험자로부터 자필서명을 받지 아니하고 서명을 대신하거나 다른 사람으로 하여금 서명하게 하는 행위
8. 다른 모집 종사자의 명의를 이용하여 보험계약을 모집하는 행위
9. 보험계약자 또는 피보험자와의 금전대차의 관계를 이용하여 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 요구하는 행위
10. 정당한 이유 없이 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제2조에 따른 장애인의 보험가입을 거부하는 행위
11. 보험계약의 청약철회 또는 계약 해지를 방해하는 행위

② 삭제 <2020. 3. 24.>

③ 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 경우에는 제1항제5호를 위반하여 기존보험계약을 부당하게 소멸시키거나 소멸하게 하는 행위를 한 것으로 본다.
1. 기존보험계약이 소멸된 날부터 1개월 이내에 새로운 보험계약을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 한 날부터 1개월 이내에 기존보험계약을 소멸하게 하는 행위. 다만, 보험계약자가 기존 보험계약 소멸 후 새로운 보험계약 체결 시 손해가 발생할 가능성이 있다는 사실을 알고 있음을 자필로 서명하는 등 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인의 의사에 따른 행위임이 명백히 증명되는 경우에는 그러하지 아니하다.
2. 기존보험계약이 소멸된 날부터 6개월 이내에 새로운 보험계약을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 한 날부터 6개월 이내에 기존보험계약을 소멸하게 하는 경우로서 해당 보험계약자 또는 피보험자에게 기존보험계약과 새로운 보험계약의 보험기간 및 예정 이자율 등 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 비교하여 알리지 아니하는 행위

④ 보험계약자는 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자(보험중개사는 제외한다. 이하 이 항에서 같다)가 제1항제5호를 위반하여 기존보험계약을 소멸시키거나 소멸하게 하였을 때에는 그 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자가 속하거나 모집을 위탁한 보험회사에 대하여 그 보험계약이 소멸한 날부터 6개월 이내에 소멸된 보험계약의 부활을 청구하고 새로운 보험계약은 취소할 수 있다.

⑤ 제4항에 따라 보험계약의 부활의 청구를 받은 보험회사는 특별한 사유가 없으면 소멸된 보험계약의 부활을 승낙하여야 한다.

⑥ 제4항과 제5항에 따라 보험계약의 부활을 청구하는 절차 및 방법과 그 밖에 보험계약의 부활에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

보험업법 시행령

제43조의2(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)

① 법 제97조제1항제5호에 따라 이미 성립된 보험계약(이하 “기존보험계약”이라 한다)과 보장 내용 등이 비슷한 새로운 보험계약은 다음 각 호의 사항에 모두 해당하여야 한다. 다만, 기존보험계약 또는 새로운 보험계약의 보험기간이 1년 이하인 경우 또는 컴퓨터통신을 이용하여 새로운 보험계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 피보험자가 같을 것
2. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 위험보장의 범위가 법 제2조제1호 각 목의 생명보험상품, 손해보험상품, 제3보험상품의 구분에 따라 비슷할 것

② 법 제97조제3항제1호 단서에 따른 본인 의사의 증명은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.
1. 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함한다)
2. 기명날인
3. 녹취
4. 그 밖에 금융위원회가 정하는 기준을 준수하는 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용하여 보험계약자 본인의 의사에 따른 행위임을 명백히 증명하는 방법

③ 보험회사는 제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법에 의한 본인 의사 증명 사실을 확인할 수 있는 서류 등을 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따라 보관·관리하여야 한다.

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

제4조(중증질환자 산정특례 대상)

영 제19조 제1항 [별표2] 제3호 마목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비 사용의 경우를 포함한다)시 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표3과 같다.

제7조(산정특례 등록 신청 등)

① 제4조, 제5조 또는 제5조의2의 산정특례 대상에 해당하여 등록을 하려는 사람(이하 "등록신청인"이라 한다)은 요양기관에서 확인한 별지 제1호서식, 별지 제1호의2서식, 별지 제2호서식, 별지 제3호서식

또는 별지 제3호의2서식의 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다) 또는 요양기관에 제출해야 한다. 이 경우 그 등록신청일은 건강보험 산정특례 등록신청서가 공단에 제출된 날로 한다.

② 제5조의 산정특례 대상자 중 극희귀질환자, 상세불명 희귀질환자 및 기타염색체이상질환자는 공단 이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 공단에 제1항의 신청을 하여야 한다. 다만, 상세불명 희귀질환자 및 기타염색체이상질환자는 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 한다.

③ 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용한다. 다만, 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회에서 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환임을 판정한 날로부터 적용한다.

④ 제3항에도 불구하고 제4조 중 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일 부터 적용한다.

⑤ 요양기관은 건강보험 산정특례 등록신청서 작성 · 제출 등에 소요되는 비용의 지급을 공단 또는 등록신청인에게 별도로 청구하지 못한다.

⑥ 공단 이사장은 산정특례 등록 신청을 위해 필요한 질환별 특례 충족기준을 등록신청인 및 요양기관에 제공하고, 등록신청인 및 요양기관은 충족 여부를 확인한 후 신청하여야 한다.

⑦ 공단은 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 요양기관에 검사 내역 등 자료를 제공하도록 요청 할 수 있다.

⑧ 제7항에 따라 자료 제공을 요청받은 자는 성실히 이에 응하여야 한다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조의2의 대상자가 결핵치료를 위하여 여러 요양기관에서 요양급여를 받는 경우 요양기관마다 별지 제3호 서식의 건강보험 산정특례 등록신청서를 공단 또는 요양기관에 제출하여야 한다.

⑩ 제9항에 의거 산정특례 등록 신청 된 요양기관은 다음 각 호의 산정특례 종료사유가 발생한 경우 공단에 산정특례 종료신청을 하여야 한다. 다만 공단이 국가 등으로부터 「결핵예방법 시행규칙」제3조제2항에 따라 신고한 자료를 확인 할 수 있는 경우에는 종료신청을 하지 아니 할 수 있다

1. 완치 또는 완료
2. 중단 및 다른 요양기관으로 전원
3. 사망
4. 진단변경

제8조(산정특례 재등록)

① 제4조 및 제5조의 산정특례 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 산정특례 재등록을 신청할 수 있다. 이 경우 공단 이사장은 제1호의2에 해당하여 재등록을 신청하는 사람에 대하여는 1회에 한하여 재등록할 수 있다.

1. 별지 제1호 서식의 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거 · 소멸을 목적으로 수술, 방사선 · 호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우

1의2. 별지 제1호의2서식의 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증화상환자(별표3 제4호 라목에 해당하는 상병으로 등록된 사람은 제외한다)가 산정특례 적용 종료일부터 2년 이내에 별첨 3의 수술을 받는 경우

2. 별지 제2호 서식의 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 희귀질환자 및 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자 및 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우

3. 별지 제2호 서식의 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 상세불명희귀질환자 및 기타염색체이상질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우

② 재등록에 관하여는 제7조를 준용한다.

사립학교법

제54조의4(기간제교원)

① 각급 학교 교원의 임용권자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유가 있을 때에는 교원자격증을

가진 사람 중에서 기간을 정하여 임용하는 교원(이하 “기간제교원”이라 한다)을 임용할 수 있다. 이 경우 임용권자는 학교법인의 정관 등으로 정하는 바에 따라 그 권한을 학교의 장에게 위임할 수 있다.

1. 교원이 제59조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 휴직하여 후임자의 보충이 불가피할 때
2. 교원이 파견·연수·정직·직위해제 또는 휴가 등으로 1개월 이상 직무에 종사할 수 없어 후임자의 보충이 불가피할 때
3. 파면·해임 또는 면직 처분을 받은 교원이 「교원의 지위 향상 및 교육활동 보호를 위한 특별법」 제9조제1항에 따라 교원소청심사위원회에 소청심사를 청구하여 후임자의 보충발령을 하지 못하게 되었을 때
4. 특정 교과를 한시적으로 담당할 교원이 필요할 때

② 기간제교원에 대해서는 제56조, 제58조제2항, 제58조의2, 제59조, 제61조, 제61조의2, 제62조, 제62조의2, 제63조, 제64조, 제64조의2, 제65조, 제66조, 제66조의2, 제66조의3제2항·제3항 및 제66조의4를 적용하지 아니하며, 임용기간이 만료되면 당연히 퇴직된다.

③ 기간제교원의 임용기간은 1년 이내로 하되, 필요한 경우 3년의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다.

④ 기간제교원의 임용에 관하여는 제54조의3제5항 및 제6항을 준용한다.

산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표 4] 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역(제47조제1항 관련)

구분 / 관절명	측정부위	평균 운동 가능영역 (각도)

관절명 \ 구분		측정부위	평균 운동 가능영역 (각도)
척주	목뼈부(경추부)	후두과(後頭顆: 뒤통수 관절융기)–목뼈1번 분절	13
		목뼈1번–목뼈2번 분절	10
		목뼈2번–목뼈3번 분절	8
		목뼈3번–목뼈4번 분절	13
		목뼈4번–목뼈5번 분절	12
		목뼈5번–목뼈6번 분절	17
		목뼈6번–목뼈7번 분절	16
		목뼈7번–등뼈1번 분절	6
	등뼈부(흉추부)	등뼈1번–등뼈2번 분절	4
		등뼈2번–등뼈3번 분절	4
		등뼈3번–등뼈4번 분절	4
		등뼈4번–등뼈5번 분절	4
		등뼈5번–등뼈6번 분절	4
		등뼈6번–등뼈7번 분절	5
		등뼈7번–등뼈8번 분절	6
		등뼈8번–등뼈9번 분절	6
		등뼈9번–등뼈10번 분절	6
		등뼈10번–등뼈11번 분절	9
		등뼈11번–등뼈12번 분절	12
	허리뼈부(요추부)	등뼈12번–허리뼈1번 분절	12
		허리뼈1번–허리뼈2번 분절	12
		허리뼈2번–허리뼈3번 분절	14
		허리뼈3번–허리뼈4번 분절	15
		허리뼈4번–허리뼈5번 분절	17
		허리뼈5번–엉치뼈1번 분절	20
어깨관절		앞위쪽올리기	150
		옆위쪽올리기	150
		뒤쪽올리기	40
		모으기	30
		안쪽 돌리기	40
		바깥쪽 돌리기	90
팔꿈치관절		펴기	0
		굽히기	150
		안쪽 돌리기	80
		바깥쪽 돌리기	80
손목관절		손등쪽 굽히기	60
		손바닥쪽 굽히기	70
		손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위)	20
		손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)	30

구분 / 관절명	측정부위		평균 운동 가능영역 (각도)
손허리손가락관절 (중수지관절)	엄지손가락	펴기 굽히기	0 60
	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 90
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 90
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 90
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 90
손가락관절	엄지손가락	펴기 굽히기	0 80
제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 100
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 100
제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 70
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 70
엉덩관절	펴기 굽히기 모으기 벌리기(외전) 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		30 100 20 40 40 50
무릎관절	펴기 굽히기		0 150
발목관절	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기 바깥쪽 뒤집기 안쪽 뒤집기		20 40 20 30

구분 / 관절명	측정부위		평균 운동 가능영역 (각도)
발허리발가락관절 (중족지관절)	엄지발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	50 30
	둘째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	40 30
	가운데발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	30 20
	넷째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	20 10
	새끼발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	10 10
발가락관절	엄지발가락	펴기 굽히기	0 30
제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈마디관절)	둘째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	가운데발가락	펴기 굽히기	0 40
	넷째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	새끼발가락	펴기 굽히기	0 40

상법

제657조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

생명윤리 및 안전에 관한 법률

제23조(배아의 생성에 관한 준수사항)
① 누구든지 임신 외의 목적으로 배아를 생성하여서는 아니 된다.
② 누구든지 배아를 생성할 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.
1. 특정의 성을 선택할 목적으로 난자와 정자를 선별하여 수정시키는 행위
2. 사망한 사람의 난자 또는 정자로 수정하는 행위
3. 미성년자의 난자 또는 정자로 수정하는 행위. 다만, 혼인한 미성년자가 그 자녀를 얻기 위하여 수정하는 경우는 제외한다.
③ 누구든지 금전, 재산상의 이익 또는 그 밖의 반대급부(反對給付)를 조건으로 배아나 난자 또는 정자를 제공 또는 이용하거나 이를 유인하거나 알선하여서는 아니 된다.

선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준

제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리)
① 장관은 기준규칙 제14조의3에 따른 선별급여의 실시조건 충족여부에 대해 적합성평가위원회의 평가를 거쳐 일정한 기간을 정하여 해당 선별급여 항목의 실시기관(이하 "선별급여실시기관"이라 한다)으로 결정, 승인한다.
② 선별급여실시기관은 별표 3의 실시조건에 규정된 실시방법 및 기록·관리, 임상자료 제출, 기준규칙 제14조의3제1항제6호에 따른 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용의 신고 등 준수사항을 이행하여야 하고, 선별급여 실시조건의 충족여부에 변경사항이 있는 경우 지체없이 건강보험심사평가원장(이하 "심사평가원장"이라 한다)에게 통보하여야 한다. 선별급여 신고 조건을 이행하지 않거나 신고된 내용과 다르게 운영하는 경우 요양급여 비용을 환수할 수 있다.
③ 선별급여실시기관은 기준규칙 제14조의4제3항 및 제14조의5제1항에 따라 자료를 요구받은 경우 심사평가원장을 거쳐 장관에게 제출하여야 한다.
④ 장관은 제1항에 따른 승인기간이 종료되기 전에 선별급여실시기관이 법 제42조의2제3항에 따른 실시 제한사유에 해당하는지를 점검하여야 한다.
⑤ 장관은 기준규칙 제14조의5제3항에 따른 선별급여의 실시 제한기간이 끝난 이후에도 선별급여실시기관이 실시조건을 충족하지 못하거나 조건을 이행하지 아니하는 경우 적합성평가위원회의 평가를 거쳐 선별급여실시기관 승인을 취소할 수 있다.
⑥ 장관은 선별급여실시기관에 대한 효율적 관리를 위하여 제3항에 따른 자료 제출 관리, 제4항에 따른 점검 등에 관한 사항을 심사평가원장에게 위탁할 수 있다. 이 경우 심사평가원장은 관련 사항에 따른 처리 결과를 장관에게 보고하여야 한다.

[별표 3] 실시조건(제5조제2항 관련)

3. 차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사
가. 차세대염기서열분석기반 유전자패널검사(이하, NGS 유전자패널검사)를 실시하고자 하는 요양기관은 다음의 시설, 인력, 장비, 유전자패널에 대한 요건을 충족하여 사전에 승인을 받아야 함

1) 시설
「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제49조에 따른 유전자검사 기관으로 신고된 요양기관이면서, 「유전자검사의 숙련도 평가에 필요한 사항의 지정」제3조제2항 평가범주 1(질병의 진단 및 치료를 위한 유전자검사)에 대한 한국유전자검사평가원 유전자검사의 숙련도 평가 인증서(또는 면제 통보서)를 3회 이상 받은 이력이 있고, 승인신청 직전평가 결과가 아래의 조건 중 한 가지를 충족하는 기관

- 아 래 -

(1) 한국유전자검사평가원에서 시행한 검사실 운영과 평가범주 1의 현장평가가 A 등급이고,

평가 범주1의 외부정도관리 점수가 90점 이상을 획득한 기관
(2) 진단검사의학재단에서 시행한 검사실 운영과 분자진단검사 분야에서 1년 인증을 획득하고, 대한임상검사정도관리협회의 신빙도 조사에서 분자유전학(대분류)-유전학검사(중분류)에 해당되는 검사에서 품질인증을 획득한 기관
(3) 대한병리학회에서 운영일반(검사실 운영)과 분자병리 분야의 질관리평가가 A등급이면서, 숙련도평가(외부정도관리)의 분자병리 분야에서 적합으로 평가받은 기관

2) 인력
가) 전문의 자격 취득 후 5년 이상의 경험이 있는 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 1인 이상 상근하고,
나) 검사 실시인력(임상병리사) 1인 이상이 상근해야 함.
3) 장비
가) 식품의약품안전처장('이하 식약처') 허가 또는 신고를 받은 '차세대염기서열분석장비'를 사용하거나,
나)「식약처 NGS 임상검사실 인증」요양기관의 경우에는 식약처 허가 또는 신고를 받지 않은 '유전자서열검사장비' 사용을 인정
4) 유전자패널 구성은 아래와 같이하며, 신청기관은 운영하는 패널에 대한 자료(패널명, 검체, 적응증, 유전자수 또는 유전자길이, 필수유전자, 선택유전자)를 승인 신청시에 제출하여야 함.
가) 필수유전자는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」중「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사의 급여기준」의 급여대상 질환 필수 유전자를 포함해야 하며,
나) 선택유전자는「생명윤리 및 안전에 관한 법률」제49조에 따라 질병관리본부에 신고된 유전자 범위내에서 선택함

나. 승인기관은 환자로부터「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙」[별지 제41호 서식]의 '인체유래물 등의 기증 동의서'에 동의를 받아 보관해야 하며, 추후 국가 유전체 사업 등 공익적 연구 목적으로 제출을 요청받은 경우 동의한 유전 정보를 제출하여야 함
다. 승인기관은 NGS 유전자패널검사의 검사실시내역 등을 분기별로 작성하여 제출하고, 승인기간의 종료 전까지 유전자 패널에 대한 내부 평가 보고서를 건강보험심사평가원장에게 제출하여야 함
라. 실시 요양기관 승인 절차에 대한 진행과 검사 실시내역 및 유전자 패널 내부 평가 보고서 제출 등 관리는 건강보험심사평가원장이 실시하여 보건복지부 장관에게 보고하여야 함

성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법

제2장 성폭력범죄의 처벌 및 절차에 관한 특례

제3조(특수강도강간 등)
① 「형법」 제319조제1항(주거침입), 제330조(야간주거침입절도), 제331조(특수절도) 또는 제342조(미수범. 다만, 제330조 및 제331조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 같은 법 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행) 및 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 「형법」 제334조(특수강도) 또는 제342조(미수범. 다만, 제334조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 같은 법 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행) 및 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 사형, 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제4조(특수강간 등)
① 흉기나 그 밖의 위험한 물건을 지닌 채 또는 2명 이상이 합동하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 제1항의 방법으로 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.
③ 제1항의 방법으로 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 사람은 제1항 또는 제2항의 예에 따라 처벌한다.

제5조(친족관계에 의한 강간 등)

① 친족관계인 사람이 폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 경우에는 7년 이상의 유기징역에 처한다.
② 친족관계인 사람이 폭행 또는 협박으로 사람을 강제추행한 경우에는 5년 이상의 유기징역에 처한다.
③ 친족관계인 사람이 사람에 대하여 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 제1항 또는 제2항의 예에 따라 처벌한다.
④ 제1항부터 제3항까지의 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족·인척과 동거하는 친족으로 한다.
⑤ 제1항부터 제3항까지의 친족은 사실상의 관계에 의한 친족을 포함한다.

제6조(장애인에 대한 강간·강제추행 등)
① 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.
1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위
③ 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 3년 이상의 유기징역 또는 3천만원 이상 5천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 2020. 5. 19.〉
④ 신체적인 또는 정신적인 장애로 항거불능 또는 항거곤란 상태에 있음을 이용하여 사람을 간음하거나 추행한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.
⑤ 위계(僞計) 또는 위력(威力)으로써 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람을 간음한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.
⑥ 위계 또는 위력으로써 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람을 추행한 사람은 1년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
⑦ 장애인의 보호, 교육 등을 목적으로 하는 시설의 장 또는 종사자가 보호, 감독의 대상인 장애인에 대하여 제1항부터 제6항까지의 죄를 범한 경우에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제7조(13세 미만의 미성년자에 대한 강간, 강제추행 등)
① 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
② 13세 미만의 사람에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은 7년 이상의 유기징역에 처한다.
1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위
③ 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.
④ 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.
⑤ 위계 또는 위력으로써 13세 미만의 사람을 간음하거나 추행한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.

제8조(강간 등 상해·치상)
① 제3조제1항, 제4조, 제6조, 제7조 또는 제15조(제3조제1항, 제4조, 제6조 또는 제7조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
② 제5조 또는 제15조(제5조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제9조(강간 등 살인·치사)
① 제3조부터 제7조까지, 제15조(제3조부터 제7조까지의 미수범으로 한정한다)의 죄 또는 「형법」 제297조(강간), 제297조의2(유사강간) 및 제298조(강제추행)부터 제300조(미수범)까지의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.
② 제4조, 제5조 또는 제15조(제4조 또는 제5조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
③ 제6조, 제7조 또는 제15조(제6조 또는 제7조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람

을 사망에 이르게 한 때에는 사형, 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제10조(업무상 위력 등에 의한 추행)
① 업무, 고용이나 그 밖의 관계로 인하여 자기의 보호, 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로 추행한 사람은 3년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
② 법률에 따라 구금된 사람을 감호하는 사람이 그 사람을 추행한 때에는 5년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제11조(공중 밀집 장소에서의 추행)
대중교통수단, 공연·집회 장소, 그 밖에 공중(公衆)이 밀집하는 장소에서 사람을 추행한 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

제12조(성적 목적을 위한 다중이용장소 침입행위)
자기의 성적 욕망을 만족시킬 목적으로 화장실, 목욕장·목욕실 또는 발한실(發汗室), 모유수유시설, 탈의실 등 불특정 다수가 이용하는 다중이용장소에 침입하거나 같은 장소에서 퇴거의 요구를 받고 응하지 아니하는 사람은 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제13조(통신매체를 이용한 음란행위)
자기 또는 다른 사람의 성적 욕망을 유발하거나 만족시킬 목적으로 전화, 우편, 컴퓨터, 그 밖의 통신매체를 통하여 성적 수치심이나 혐오감을 일으키는 말, 음향, 글, 그림, 영상 또는 물건을 상대방에게 도달하게 한 사람은 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제14조(카메라 등을 이용한 촬영)
① 카메라나 그 밖에 이와 유사한 기능을 갖춘 기계장치를 이용하여 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 사람의 신체를 촬영대상자의 의사에 반하여 촬영한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 제1항에 따른 촬영물 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 반포·판매·임대·제공 또는 공공연하게 전시·상영(이하 "반포등"이라 한다)한 자 또는 제1항의 촬영이 촬영 당시에는 촬영대상자의 의사에 반하지 아니한 경우(자신의 신체를 직접 촬영한 경우를 포함한다)에도 사후에 그 촬영물 또는 복제물을 촬영대상자의 의사에 반하여 반포등을 한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 영리를 목적으로 촬영대상자의 의사에 반하여 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호의 정보통신망(이하 "정보통신망"이라 한다)을 이용하여 제2항의 죄를 범한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
④ 제1항 또는 제2항의 촬영물 또는 복제물을 소지·구입·저장 또는 시청한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
⑤ 상습으로 제1항부터 제3항까지의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제14조의2(허위영상물 등의 반포등)
① 사람의 얼굴·신체 또는 음성을 대상으로 한 촬영물·영상물 또는 음성물(이하 이 조에서 "영상물등"이라 한다)을 영상물등의 대상자의 의사에 반하여 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 형태로 편집·합성 또는 가공(이하 이 조에서 "편집등"이라 한다)한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 제1항에 따른 편집물·합성물·가공물(이하 이 조에서 "편집물등"이라 한다) 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 반포등을 한 자 또는 제1항의 편집등을 할 당시에는 영상물등의 대상자의 의사에 반하지 아니한 경우에도 사후에 그 편집물등 또는 복제물을 영상물등의 대상자의 의사에 반하여 반포등을 한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 영리를 목적으로 영상물등의 대상자의 의사에 반하여 정보통신망을 이용하여 제2항의 죄를 범한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
④ 제1항 또는 제2항의 편집물등 또는 복제물을 소지·구입·저장 또는 시청한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
⑤ 상습으로 제1항부터 제3항까지의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제14조의3(촬영물과 편집물 등을 이용한 협박·강요)
① 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 촬영물 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함한다), 제14조의2제2항에 따른 편집물등 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함한다)을 이용하여 사람을 협박한 자는 1년 이상의 유기징역에 처한다.
② 제1항에 따른 협박으로 사람의 권리행사를 방해하거나 의무 없는 일을 하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
③ 상습으로 제1항 및 제2항의 죄를 범한 경우에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제15조(미수범)
제3조부터 제9조까지, 제14조, 제14조의2 및 제14조의3의 미수범은 처벌한다.

제15조의2(예비, 음모)
제3조부터 제7조까지의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

제16조(형벌과 수강명령 등의 병과)
① 법원이 성폭력범죄를 범한 사람에 대하여 형의 선고를 유예하는 경우에는 1년 동안 보호관찰을 받을 것을 명할 수 있다. 다만, 성폭력범죄를 범한 「소년법」 제2조에 따른 소년에 대하여 형의 선고를 유예하는 경우에는 반드시 보호관찰을 명하여야 한다.
② 법원이 성폭력범죄를 범한 사람에 대하여 유죄판결(선고유예는 제외한다)을 선고하거나 약식명령을 고지하는 경우에는 500시간의 범위에서 재범예방에 필요한 수강명령 또는 성폭력 치료프로그램의 이수명령(이하 "이수명령"이라 한다)을 병과하여야 한다. 다만, 수강명령 또는 이수명령을 부과할 수 없는 특별한 사정이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.
③ 성폭력범죄를 범한 자에 대하여 제2항의 수강명령은 형의 집행을 유예할 경우에 그 집행유예기간 내에서 병과하고, 이수명령은 벌금 이상의 형을 선고하거나 약식명령을 고지할 경우에 병과한다. 다만, 이수명령은 성폭력범죄자가 「전자장치 부착 등에 관한 법률」 제9조의2제1항제4호에 따른 이수명령을 부과받은 경우에는 병과하지 아니한다.
④ 법원이 성폭력범죄를 범한 사람에 대하여 형의 집행을 유예하는 경우에는 제2항에 따른 수강명령 외에 그 집행유예기간 내에서 보호관찰 또는 사회봉사 중 하나 이상의 처분을 병과할 수 있다.
⑤ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령은 형의 집행을 유예할 경우에는 그 집행유예기간 내에, 벌금형을 선고하거나 약식명령을 고지할 경우에는 형 확정일부터 6개월 이내에, 징역형 이상의 실형(實刑)을 선고할 경우에는 형기 내에 각각 집행한다. 다만, 수강명령 또는 이수명령은 성폭력범죄를 범한 사람이 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제21조에 따른 수강명령 또는 이수명령을 부과받은 경우에는 병과하지 아니한다.
⑥ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령이 벌금형 또는 형의 집행유예와 병과된 경우에는 보호관찰소의 장이 집행하고, 징역형 이상의 실형(치료감호와 징역형 이상의 실형이 병과된 경우를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)과 병과된 경우에는 교정시설의 장 또는 치료감호시설의 장(이하 "교정시설등의 장"이라 한다)이 집행한다. 다만, 징역형 이상의 실형과 병과된 이수명령을 모두 이행하기 전에 석방 또는 가석방되거나 미결구금일수 산입 등의 사유로 형을 집행할 수 없게 된 경우에는 보호관찰소의 장이 남은 이수명령을 집행한다.
⑦ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령은 다음 각 호의 내용으로 한다.
1. 일탈적 이상행동의 진단·상담
2. 성에 대한 건전한 이해를 위한 교육
3. 그 밖에 성폭력범죄를 범한 사람의 재범예방을 위하여 필요한 사항
⑧ 성폭력범죄를 범한 사람으로서 형의 집행 중에 가석방된 사람은 가석방기간 동안 보호관찰을 받는다. 다만, 가석방을 허가한 행정관청이 보호관찰을 할 필요가 없다고 인정한 경우에는 그러하지 아니하다.
⑨ 보호관찰, 사회봉사, 수강명령 및 이수명령에 관하여 이 법에서 규정한 사항 외의 사항에 대하여는 「보호관찰 등에 관한 법률」을 준용한다.

제17조(판결 전 조사)
① 법원은 성폭력범죄를 범한 피고인에 대하여 제16조에 따른 보호관찰, 사회봉사, 수강명령 또는 이수명령을 부과하기 위하여 필요하다고 인정하면 그 법원의 소재지 또는 피고인의 주거지를 관할하는 보호관찰소의 장에게 피고인의 신체적·심리적 특성 및 상태, 정신성적 발달과정, 성장배경, 가정환경, 직업, 생활환경, 교우관계, 범행동기, 병력(病歷), 피해자와의 관계, 재범위험성 등 피고인에 관한 사항의 조

사를 요구할 수 있다.
② 제1항의 요구를 받은 보호관찰소의 장은 지체 없이 이를 조사하여 서면으로 해당 법원에 알려야 한다. 이 경우 필요하다고 인정하면 피고인이나 그 밖의 관계인을 소환하여 심문하거나 소속 보호관찰관에게 필요한 사항을 조사하게 할 수 있다.
③ 법원은 제1항의 요구를 받은 보호관찰소의 장에게 조사진행상황에 관한 보고를 요구할 수 있다

제18조(고소 제한에 대한 예외)
성폭력범죄에 대하여는 「형사소송법」 제224조(고소의 제한) 및 「군사법원법」 제266조에도 불구하고 자기 또는 배우자의 직계존속을 고소할 수 있다.

제20조(「형법」상 감경규정에 관한 특례)
음주 또는 약물로 인한 심신장애 상태에서 성폭력범죄(제2조제1항제1호의 죄는 제외한다)를 범한 때에는 「형법」 제10조제1항·제2항 및 제11조를 적용하지 아니할 수 있다.

제21조(공소시효에 관한 특례)
① 미성년자에 대한 성폭력범죄의 공소시효는 「형사소송법」 제252조제1항 및 「군사법원법」 제294조제1항에도 불구하고 해당 성폭력범죄로 피해를 당한 미성년자가 성년에 달한 날부터 진행한다.
② 제2조제3호 및 제4호의 죄와 제3조부터 제9조까지의 죄는 디엔에이(DNA)증거 등 그 죄를 증명할 수 있는 과학적인 증거가 있는 때에는 공소시효가 10년 연장된다.
③ 13세 미만의 사람 및 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 다음 각 호의 죄를 범한 경우에는 제1항과 제2항에도 불구하고 「형사소송법」 제249조부터 제253조까지 및 「군사법원법」 제291조부터 제295조까지에 규정된 공소시효를 적용하지 아니한다.
1. 「형법」 제297조(강간), 제298조(강제추행), 제299조(준강간, 준강제추행), 제301조(강간등 상해·치상), 제301조의2(강간등 살인·치사) 또는 제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄
2. 제6조제2항, 제7조제2항 및 제5항, 제8조, 제9조의 죄
3. 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제9조 또는 제10조의 죄
④ 다음 각 호의 죄를 범한 경우에는 제1항과 제2항에도 불구하고 「형사소송법」 제249조부터 제253조까지 및 「군사법원법」 제291조부터 제295조까지에 규정된 공소시효를 적용하지 아니한다.
1. 「형법」 제301조의2(강간등 살인·치사)의 죄(강간등 살인에 한정한다)
2. 제9조제1항의 죄
3. 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제10조제1항의 죄
4. 「군형법」 제92조의8의 죄(강간 등 살인에 한정한다)

제22조(「특정강력범죄의 처벌에 관한 특례법」의 준용)
성폭력범죄에 대한 처벌절차에는 「특정강력범죄의 처벌에 관한 특례법」 제7조(증인에 대한 신변안전조치), 제8조(출판물 게재 등으로부터의 피해자 보호), 제9조(소송 진행의 협의), 제12조(간이공판절차의 결정) 및 제13조(판결선고)를 준용한다.

제23조(피해자, 신고인 등에 대한 보호조치)
법원 또는 수사기관이 성폭력범죄의 피해자, 성폭력범죄를 신고(고소·고발을 포함한다)한 사람을 증인으로 신문하거나 조사하는 경우에는 「특정범죄신고자 등 보호법」 제5조 및 제7조부터 제13조까지의 규정을 준용한다. 이 경우 「특정범죄신고자 등 보호법」 제9조와 제13조를 제외하고는 보복을 당할 우려가 있음을 요하지 아니한다.

제24조(피해자의 신원과 사생활 비밀 누설 금지)
① 성폭력범죄의 수사 또는 재판을 담당하거나 이에 관여하는 공무원 또는 그 직에 있었던 사람은 피해자의 주소, 성명, 나이, 직업, 학교, 용모, 그 밖에 피해자를 특정하여 파악할 수 있게 하는 인적사항과 사진 등 또는 그 피해자의 사생활에 관한 비밀을 공개하거나 다른 사람에게 누설하여서는 아니 된다.
② 누구든지 제1항에 따른 피해자의 주소, 성명, 나이, 직업, 학교, 용모, 그 밖에 피해자를 특정하여 파악할 수 있는 인적사항이나 사진 등을 피해자의 동의를 받지 아니하고 신문 등 인쇄물에 싣거나 「방송법」 제2조제1호에 따른 방송 또는 정보통신망을 통하여 공개하여서는 아니 된다.

제26조(성폭력범죄의 피해자에 대한 전담조사제)

① 검찰총장은 각 지방검찰청 검사장으로 하여금 성폭력범죄 전담 검사를 지정하도록 하여 특별한 사정이 없으면 이들로 하여금 피해자를 조사하게 하여야 한다.
② 경찰청장은 각 경찰서장으로 하여금 성폭력범죄 전담 사법경찰관을 지정하도록 하여 특별한 사정이 없으면 이들로 하여금 피해자를 조사하게 하여야 한다.
③ 국가는 제1항의 검사 및 제2항의 사법경찰관에게 성폭력범죄의 수사에 필요한 전문지식과 피해자보호를 위한 수사방법 및 수사절차, 아동 심리 및 아동·장애인 조사 면담기법 등에 관한 교육을 실시하여야 한다.
④ 성폭력범죄를 전담하여 조사하는 제1항의 검사 및 제2항의 사법경찰관은 19세 미만인 피해자나 신체적인 또는 정신적인 장애로 사물을 변별하거나 의사를 결정할 능력이 미약한 피해자(이하 "19세미만피해자등"이라 한다)를 조사할 때에는 피해자의 나이, 인지적 발달 단계, 심리 상태, 장애 정도 등을 종합적으로 고려하여야 한다.

제27조(성폭력범죄 피해자에 대한 변호사 선임의 특례)
① 성폭력범죄의 피해자 및 그 법정대리인(이하 "피해자등"이라 한다)은 형사절차상 입을 수 있는 피해를 방어하고 법률적 조력을 보장하기 위하여 변호사를 선임할 수 있다.
② 제1항에 따른 변호사는 검사 또는 사법경찰관의 피해자등에 대한 조사에 참여하여 의견을 진술할 수 있다. 다만, 조사 도중에는 검사 또는 사법경찰관의 승인을 받아 의견을 진술할 수 있다.
③ 제1항에 따른 변호사는 피의자에 대한 구속 전 피의자심문, 증거보전절차, 공판준비기일 및 공판절차에 출석하여 의견을 진술할 수 있다. 이 경우 필요한 절차에 관한 구체적 사항은 대법원규칙으로 정한다.
④ 제1항에 따른 변호사는 증거보전 후 관계 서류나 증거물, 소송계속 중의 관계 서류나 증거물을 열람하거나 등사할 수 있다.
⑤ 제1항에 따른 변호사는 형사절차에서 피해자등의 대리가 허용될 수 있는 모든 소송행위에 대한 포괄적인 대리권을 가진다.
⑥ 검사는 피해자에게 변호사가 없는 경우 국선변호사를 선정하여 형사절차에서 피해자의 권익을 보호할 수 있다. 다만, 19세미만피해자등에게 변호사가 없는 경우에는 국선변호사를 선정하여야 한다.

제28조(성폭력범죄에 대한 전담재판부)
지방법원장 또는 고등법원장은 특별한 사정이 없으면 성폭력범죄 전담재판부를 지정하여 성폭력범죄에 대하여 재판하게 하여야 한다.

제29조(수사 및 재판절차에서의 배려)
① 수사기관과 법원 및 소송관계인은 성폭력범죄를 당한 피해자의 나이, 심리 상태 또는 후유장애의 유무 등을 신중하게 고려하여 조사 및 심리·재판 과정에서 피해자의 인격이나 명예가 손상되거나 사적인 비밀이 침해되지 아니하도록 주의하여야 한다.
② 수사기관과 법원은 성폭력범죄의 피해자를 조사하거나 심리·재판할 때 피해자가 편안한 상태에서 진술할 수 있는 환경을 조성하여야 하며, 조사 및 심리·재판 횟수는 필요한 범위에서 최소한으로 하여야 한다.
③ 수사기관과 법원은 조사 및 심리·재판 과정에서 19세미만피해자등의 최상의 이익을 고려하여 다음 각 호에 따른 보호조치를 하도록 노력하여야 한다.
1. 19세미만피해자등의 진술을 듣는 절차가 타당한 이유 없이 지연되지 아니하도록 할 것
2. 19세미만피해자등의 진술을 위하여 아동 등에게 친화적으로 설계된 장소에서 피해자 조사 및 증인신문을 할 것
3. 19세미만피해자등이 피의자 또는 피고인과 접촉하거나 마주치지 아니하도록 할 것
4. 19세미만피해자등에게 조사 및 심리·재판 과정에 대하여 명확하고 충분히 설명할 것
5. 그 밖에 조사 및 심리·재판 과정에서 19세미만피해자등의 보호 및 지원 등을 위하여 필요한 조치를 할 것

제30조(19세미만피해자등 진술 내용 등의 영상녹화 및 보존 등)
① 검사 또는 사법경찰관은 19세미만피해자등의 진술 내용과 조사 과정을 영상녹화장치로 녹화(녹음이 포함된 것을 말하며, 이하 "영상녹화"라 한다)하고, 그 영상녹화물을 보존하여야 한다.
② 검사 또는 사법경찰관은 19세미만피해자등을 조사하기 전에 다음 각 호의 사실을 피해자의 나이, 인지적 발달 단계, 심리 상태, 장애 정도 등을 고려한 적절한 방식으로 피해자에게 설명하여야 한다.
1. 조사 과정이 영상녹화된다는 사실

2. 영상녹화된 영상녹화물이 증거로 사용될 수 있다는 사실

③ 제1항에도 불구하고 19세미만피해자등 또는 그 법정대리인(법정대리인이 가해자이거나 가해자의 배우자인 경우는 제외한다)이 이를 원하지 아니하는 의사를 표시하는 경우에는 영상녹화를 하여서는 아니 된다.

④ 검사 또는 사법경찰관은 제1항에 따른 영상녹화를 마쳤을 때에는 지체 없이 피해자 또는 변호사 앞에서 봉인하고 피해자로 하여금 기명날인 또는 서명하게 하여야 한다.

⑤ 검사 또는 사법경찰관은 제1항에 따른 영상녹화 과정의 진행 경과를 조서(별도의 서면을 포함한다. 이하 같다)에 기록한 후 수사기록에 편철하여야 한다.

⑥ 제5항에 따라 영상녹화 과정의 진행 경과를 기록할 때에는 다음 각 호의 사항을 구체적으로 적어야 한다.

1. 피해자가 영상녹화 장소에 도착한 시각
2. 영상녹화를 시작하고 마친 시각
3. 그 밖에 영상녹화 과정의 진행경과를 확인하기 위하여 필요한 사항

⑦ 검사 또는 사법경찰관은 19세미만피해자등이나 그 법정대리인이 신청하는 경우에는 영상녹화 과정에서 작성한 조서의 사본 또는 영상녹화물에 녹음된 내용을 옮겨 적은 녹취서의 사본을 신청인에게 발급하거나 영상녹화물을 재생하여 시청하게 하여야 한다.

⑧ 누구든지 제1항에 따라 영상녹화한 영상녹화물을 수사 및 재판의 용도 외에 다른 목적으로 사용하여서는 아니 된다.

⑨ 제1항에 따른 영상녹화의 방법에 관하여는 「형사소송법」 제244조의2제1항 후단을 준용한다.

제31조(심리의 비공개)

① 성폭력범죄에 대한 심리는 그 피해자의 사생활을 보호하기 위하여 결정으로써 공개하지 아니할 수 있다.

② 증인으로 소환받은 성폭력범죄의 피해자와 그 가족은 사생활보호 등의 사유로 증인신문의 비공개를 신청할 수 있다.

③ 재판장은 제2항에 따른 신청을 받으면 그 허가 및 공개 여부, 법정 외의 장소에서의 신문 등 증인의 신문 방식 및 장소에 관하여 결정할 수 있다.

④ 제1항 및 제3항의 경우에는 「법원조직법」 제57조(재판의 공개)제2항·제3항 및 「군사법원법」 제67조제2항·제3항을 준용한다. 〈개정 2013. 4. 5.〉

제32조(증인지원시설의 설치·운영 등)

① 각급 법원은 증인으로 법원에 출석하는 피해자등이 재판 전후에 피고인이나 그 가족과 마주치지 아니하도록 하고, 보호와 지원을 받을 수 있는 적절한 시설을 설치한다.

② 각급 법원은 제1항의 시설을 관리·운영하고 피해자등의 보호와 지원을 담당하는 직원(이하 “증인지원관”이라 한다)을 둔다.

③ 법원은 증인지원관에 대하여 인권 감수성 향상에 필요한 교육을 정기적으로 실시한다.

④ 증인지원관의 업무·자격 및 교육 등에 필요한 사항은 대법원규칙으로 정한다.

제33조(전문가의 의견 조회)

① 법원은 정신건강의학과의사, 심리학자, 사회복지학자, 그 밖의 관련 전문가로부터 행위자 또는 피해자의 정신·심리 상태에 대한 진단 소견 및 피해자의 진술 내용에 관한 의견을 조회할 수 있다.

② 법원은 성폭력범죄를 조사·심리할 때에는 제1항에 따른 의견 조회의 결과를 고려하여야 한다.

③ 법원은 법원행정처장이 정하는 관련 전문가 후보자 중에서 제1항에 따른 전문가를 지정하여야 한다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정은 수사기관이 성폭력범죄를 수사하는 경우에 준용한다. 다만, 피해자가 13세 미만이거나 신체적인 또는 정신적인 장애로 사물을 변별하거나 의사를 결정할 능력이 미약한 경우에는 관련 전문가에게 피해자의 정신·심리 상태에 대한 진단 소견 및 진술 내용에 관한 의견을 조회하여야 한다.

⑤ 제4항에 따라 준용할 경우 “법원행정처장”은 “검찰총장 또는 경찰청장”으로 본다.

제34조(신뢰관계에 있는 사람의 동석)

① 법원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 피해자를 증인으로 신문하는 경우에 검사, 피해자 또는 그 법정대리인이 신청할 때에는 재판에 지장을 줄 우려가 있는 등 부득이한 경우가 아니면 피해자와 신뢰관계에 있는 사람을 동석하게 하여야 한다.

1. 제3조부터 제8조까지, 제10조, 제14조, 제14조의2, 제14조의3, 제15조(제9조의 미수범은 제외한다) 및 제15조의2에 따른 범죄의 피해자
2. 19세미만피해자등

② 제1항은 수사기관이 같은 항 각 호의 피해자를 조사하는 경우에 관하여 준용한다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 법원과 수사기관은 피해자와 신뢰관계에 있는 사람이 피해자에게 불리하거나 피해자가 원하지 아니하는 경우에는 동석하게 하여서는 아니 된다.

제35조(진술조력인 양성 등)

① 법무부장관은 의사소통 및 의사표현에 어려움이 있는 성폭력범죄의 피해자에 대한 형사사법절차에서의 조력을 위하여 진술조력인을 양성하여야 한다.

② 진술조력인은 정신건강의학, 심리학, 사회복지학, 교육학 등 아동·장애인의 심리나 의사소통 관련 전문지식이 있거나 관련 분야에서 상당 기간 종사한 사람으로 법무부장관이 정하는 교육을 이수하여야 한다. 진술조력인의 자격, 양성 및 배치 등에 관하여 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.

③ 법무부장관은 제1항에 따라 양성한 진술조력인 명부를 작성하여야 한다.

제35조의2(진술조력인의 결격사유)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 진술조력인이 될 수 없다.

1. 피성년후견인
2. 금고 이상의 실형을 선고받고 그 집행이 종료(집행이 종료된 것으로 보는 경우를 포함한다)되거나 집행이 면제된 날부터 5년이 지나지 아니한 사람
3. 금고 이상의 형의 집행을 유예받고 그 유예기간이 완료된 날부터 2년이 지나지 아니한 사람
4. 금고 이상의 형의 선고를 유예받고 그 유예기간 중에 있는 사람
5. 제2호부터 제4호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 범죄를 저지른 사람으로서 형 또는 치료감호를 선고받고 확정된 후 그 형 또는 치료감호의 전부 또는 일부의 집행이 끝나거나(집행이 끝난 것으로 보는 경우를 포함한다) 집행이 유예·면제된 날부터 10년이 지나지 아니한 사람
   가. 제2조에 따른 성폭력범죄
   나. 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 아동·청소년대상 성범죄
   다. 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조제4호에 따른 아동학대범죄
   라. 「장애인복지법」 제86조, 제86조의2 및 제87조의 죄
6. 제35조의3(이 조 제1호에 해당하게 되어 제35조의3제1항제2호에 따라 진술조력인의 자격이 취소된 경우는 제외한다)에 따라 진술조력인 자격이 취소된 후 3년이 지나지 아니한 사람

제35조의3(진술조력인의 자격취소)

① 법무부장관은 진술조력인 자격을 가진 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 자격을 취소할 수 있다. 다만, 제1호 또는 제2호에 해당하는 경우에는 그 자격을 취소하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 자격을 취득한 사실이 드러난 경우
2. 제35조의2 각 호의 결격사유 중 어느 하나에 해당하게 된 경우
3. 제38조에 따른 진술조력인의 의무를 위반한 경우
4. 고의나 중대한 과실로 업무 수행에 중대한 지장이 발생하게 된 경우
5. 진술조력인의 업무 수행과 관련하여 부당한 금품을 수령하는 등 부정한 행위를 한 경우
6. 정당한 사유 없이 법무부령으로 정하는 교육을 이수하지 않은 경우
7. 그 밖에 진술조력인의 업무를 수행할 수 없는 중대한 사유가 발생한 경우

② 법무부장관은 제1항에 따라 진술조력인 자격을 취소하려는 경우에는 해당 진술조력인에게 자격 취소 예정인 사실과 그 사유를 통보하여야 한다. 이 경우 통보를 받은 진술조력인은 법무부에 출석하여 소명(疏明)하거나 소명에 관한 의견서를 제출할 수 있다.

③ 법무부장관은 제2항 후단에 따라 진술조력인이 소명하거나 소명에 관한 의견서를 제출한 경우 진술조력인 자격 취소 여부를 결정하기 위하여 외부 전문가의 의견을 들을 수 있다.

④ 법무부장관은 제1항에 따라 진술조력인 자격을 취소한 경우에는 즉시 그 사람에게 진술조력인 자격 취소의 사실 및 그 사유를 서면으로 알려주어야 한다.

⑤ 제1항에 따라 진술조력인 자격이 취소된 사람의 자격증 반납에 관해서는 법무부령으로 정한다.

제36조(진술조력인의 수사과정 참여)

① 검사 또는 사법경찰관은 성폭력범죄의 피해자가 19세미만피해자등인 경우 형사사법절차에서의 조력과 원활한 조사를 위하여 직권이나 피해자, 그 법정대리인 또는 변호사의 신청에 따라 진술조력인으로 하여금 조사과정에 참여하여 의사소통을 중개하거나 보조하게 할 수 있다. 다만, 피해자 또는 그 법정대리인이 이를 원하지 아니하는 의사를 표시한 경우에는 그러하지 아니하다.
② 검사 또는 사법경찰관은 제1항의 피해자를 조사하기 전에 피해자, 법정대리인 또는 변호사에게 진술조력인에 의한 의사소통 중개나 보조를 신청할 수 있음을 고지하여야 한다.
③ 진술조력인은 조사 전에 피해자를 면담하여 진술조력인 조력 필요성에 관하여 평가한 의견을 수사기관에 제출할 수 있다.
④ 제1항에 따라 조사과정에 참여한 진술조력인은 피해자의 의사소통이나 표현 능력, 특성 등에 관한 의견을 수사기관이나 법원에 제출할 수 있다.
⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정은 검증에 관하여 준용한다.
⑥ 그 밖에 진술조력인의 수사절차 참여에 관한 절차와 방법 등 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.

제37조(진술조력인의 재판과정 참여)
① 법원은 성폭력범죄의 피해자가 19세미만피해자등인 경우 재판과정에서의 조력과 원활한 증인 신문을 위하여 직권 또는 검사, 피해자, 그 법정대리인 및 변호사의 신청에 의한 결정으로 진술조력인으로 하여금 증인 신문에 참여하여 중개하거나 보조하게 할 수 있다.
② 법원은 증인이 제1항에 해당하는 경우에는 신문 전에 피해자, 법정대리인 및 변호사에게 진술조력인에 의한 의사소통 중개나 보조를 신청할 수 있음을 고지하여야 한다.
③ 진술조력인의 소송절차 참여에 관한 구체적 절차와 방법은 대법원규칙으로 정한다.

제38조(진술조력인의 의무)
① 진술조력인은 수사 및 재판 과정에 참여함에 있어 중립적인 지위에서 상호간의 진술이 왜곡 없이 전달될 수 있도록 노력하여야 한다.
② 진술조력인은 그 직무상 알게 된 피해자의 주소, 성명, 나이, 직업, 학교, 용모, 그 밖에 피해자를 특정하여 파악할 수 있게 하는 인적사항과 사진 및 사생활에 관한 비밀을 공개하거나 다른 사람에게 누설하여서는 아니 된다.

제39조(벌칙적용에 있어서 공무원의 의제)
진술조력인은 「형법」 제129조부터 제132조까지에 따른 벌칙의 적용에 있어서 이를 공무원으로 본다.

제40조(비디오 등 중계장치에 의한 증인신문)
① 법원은 제2조제1항제3호부터 제5호까지의 범죄의 피해자를 증인으로 신문하는 경우 검사와 피고인 또는 변호인의 의견을 들어 비디오 등 중계장치에 의한 중계를 통하여 신문할 수 있다.
② 제1항에 따른 증인신문의 절차·방법 등에 관하여 필요한 사항은 대법원규칙으로 정한다.

제41조(증거보전의 특례)
① 피해자나 그 법정대리인 또는 사법경찰관은 피해자가 공판기일에 출석하여 증언하는 것에 현저히 곤란한 사정이 있을 때에는 그 사유를 소명하여 제30조에 따라 영상녹화된 영상녹화물 또는 그 밖의 다른 증거에 대하여 해당 성폭력범죄를 수사하는 검사에게 「형사소송법」 제184조(증거보전의 청구와 그 절차)제1항에 따른 증거보전의 청구를 할 것을 요청할 수 있다. 이 경우 피해자가 19세미만피해자등인 경우에는 공판기일에 출석하여 증언하는 것에 현저히 곤란한 사정이 있는 것으로 본다.
② 제1항의 요청을 받은 검사는 그 요청이 타당하다고 인정할 때에는 증거보전의 청구를 할 수 있다. 다만, 19세미만피해자등이나 그 법정대리인이 제1항의 요청을 하는 경우에는 특별한 사정이 없는 한 「형사소송법」 제184조제1항에 따라 관할 지방법원판사에게 증거보전을 청구하여야 한다.

소비자기본법

제70조(단체소송의 대상등)
다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
   다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
   라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률

제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 사업을 수행하기 위하여 「의료법」 제3조의3에 따른 종합병원 중에서 권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터를 지정할 수 있다.
   1. 중증 응급 심뇌혈관질환자 중심 진료 및 조기재활
   2. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환 관련 예방, 진료 및 재활 등에 대한 조사·연구
   3. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환조사통계사업 관련 자료의 수집·분석 및 제공
   4. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육
   5. 그 밖에 심뇌혈관질환관리에 필요한 사업으로서 보건복지부장관이 정하는 사업

② 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 의료기관에 대하여 지정기준, 운영실적 등을 평가할 수 있다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따른 평가결과를 고려하여 3년마다 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터로 재지정할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터가 제1항에 따른 사업을 수행하지 아니하거나 제17조에 따른 지도·감독을 따르지 아니한 경우 시정을 명할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 그 지정을 취소할 수 있다.
   1. 제1항에 따른 사업을 수행하지 아니하거나 제4항에 따른 시정명령을 이행하지 아니한 경우
   2. 제6항에 따른 지정 기준에 미달한 경우
   3. 제17조에 따른 지도·감독을 따르지 아니한 경우
   4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유에 해당한 경우

⑥ 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터의 지정·재지정의 기준·방법·절차 및 지정 취소의 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제17조(지도·감독 등)

보건복지부장관은 심뇌혈관질환센터의 사업 수행을 지도·감독하며, 심뇌혈관질환센터의 장에게 사업의 실적 및 운영실태에 관하여 필요한 사항을 보고하게 하거나 필요한 서류의 제출을 명할 수 있다.

아동·청소년의 성보호에 관한 법률

제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)

① 폭행 또는 협박으로 아동·청소년을 강간한 사람은 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

② 아동·청소년에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자는 5년 이상의 유기징역에 처한다.

1. 구강 · 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기 · 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위

③ 아동 · 청소년에 대하여 「형법」 제298조의 죄를 범한 자는 2년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

④ 아동 · 청소년에 대하여 「형법」 제299조의 죄를 범한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.

⑤ 위계(僞計) 또는 위력으로써 아동 · 청소년을 간음하거나 아동 · 청소년을 추행한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 미수범은 처벌한다.

아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "아동"이란 「아동복지법」 제3조제1호에 따른 아동을 말한다.
2. "보호자"란 「아동복지법」 제3조제3호에 따른 보호자를 말한다.
3. "아동학대"란 「아동복지법」 제3조제7호에 따른 아동학대를 말한다. 다만, 「유아교육법」과 「초 · 중등교육법」에 따른 교원의 정당한 교육활동과 학생생활지도는 아동학대로 보지 아니한다.
4. "아동학대범죄"란 보호자에 의한 아동학대로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 죄를 말한다.
   가. 「형법」 제2편제25장 상해와 폭행의 죄 중 제257조(상해)제1항 · 제3항, 제258조의2(특수상해)제1항(제257조제1항의 죄에만 해당한다) · 제3항(제1항 중 제257조제1항의 죄에만 해당한다), 제260조(폭행)제1항, 제261조(특수폭행) 및 제262조(폭행치사상)(상해에 이르게 한 때에만 해당한다)의 죄
   나. 「형법」 제2편제28장 유기와 학대의 죄 중 제271조(유기)제1항, 제272조(영아유기), 제273조(학대)제1항, 제274조(아동혹사) 및 제275조(유기등 치사상)(상해에 이르게 한 때에만 해당한다)의 죄
   다. 「형법」 제2편제29장 체포와 감금의 죄 중 제276조(체포, 감금)제1항, 제277조(중체포, 중감금)제1항, 제278조(특수체포, 특수감금), 제280조(미수범) 및 제281조(체포 · 감금등의 치사상)(상해에 이르게 한 때에만 해당한다)의 죄
   라. 「형법」 제2편제30장 협박의 죄 중 제283조(협박)제1항, 제284조(특수협박) 및 제286조(미수범)의 죄
   마. 「형법」 제2편제31장 약취, 유인 및 인신매매의 죄 중 제287조(미성년자 약취, 유인), 제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등), 제289조(인신매매) 및 제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해 · 치상)의 죄
   바. 「형법」 제2편제32장 강간과 추행의 죄 중 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행), 제299조(준강간, 준강제추행), 제300조(미수범), 제301조(강간등 상해 · 치상), 제301조의2(강간등 살인 · 치사), 제302조(미성년자등에 대한 간음), 제303조(업무상위력 등에 의한 간음) 및 제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄
   사. 「형법」 제2편제33장 명예에 관한 죄 중 제307조(명예훼손), 제309조(출판물등에 의한 명예훼손) 및 제311조(모욕)의 죄
   아. 「형법」 제2편제36장 주거침입의 죄 중 제321조(주거 · 신체 수색)의 죄
   자. 「형법」 제2편제37장 권리행사를 방해하는 죄 중 제324조(강요) 및 제324조의5(미수범)(제324조의 죄에만 해당한다)의 죄
   차. 「형법」 제2편제39장 사기와 공갈의 죄 중 제350조(공갈), 제350조의2(특수공갈) 및 제352조(미수범)(제350조, 제350조의2의 죄에만 해당한다)의 죄
   카. 「형법」 제2편제42장 손괴의 죄 중 제366조(재물손괴등)의 죄
   타. 「아동복지법」 제71조제1항 각 호의 죄(제3호의 죄는 제외한다)
   파. 가목부터 타목까지의 죄로서 다른 법률에 따라 가중처벌되는 죄
   하. 제4조(아동학대살해 · 치사), 제5조(아동학대중상해) 및 제6조(상습범)의 죄
4의2. "아동학대범죄신고등"이란 아동학대범죄에 관한 신고 · 진정 · 고소 · 고발 등 수사 단서의 제공, 진술 또는 증언이나 그 밖의 자료제출행위 및 범인검거를 위한 제보 또는 검거활동을 말한다.
4의3. "아동학대범죄신고자등"이란 아동학대범죄신고등을 한 자를 말한다.
5. "아동학대행위자"란 아동학대범죄를 범한 사람 및 그 공범을 말한다.

6. “피해아동”이란 아동학대범죄로 인하여 직접적으로 피해를 입은 아동을 말한다.
7. “아동보호사건”이란 아동학대범죄로 인하여 제36조제1항에 따른 보호처분(이하 “보호처분”이라 한다)의 대상이 되는 사건을 말한다.
8. “피해아동보호명령사건”이란 아동학대범죄로 인하여 제47조에 따른 피해아동보호명령의 대상이 되는 사건을 말한다.
9. “아동보호전문기관”이란 「아동복지법」 제45조에 따른 아동보호전문기관을 말한다.
9의2. “가정위탁지원센터”란 「아동복지법」 제48조에 따른 가정위탁지원센터를 말한다.
10. “아동복지시설”이란 「아동복지법」 제50조에 따라 설치된 시설을 말한다.
11. “아동복지시설의 종사자”란 아동복지시설에서 아동의 상담 · 지도 · 치료 · 양육, 그 밖에 아동의 복지에 관한 업무를 담당하는 사람을 말한다.

암관리법

제19조(지역암센터의 지정 등)

① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시 · 도별 지역암센터로 지정할 수 있다.
② 지역암센터는 다음 각 호의 사업을 수행한다.
1. 암의 발생 · 예방 · 진단 · 치료 및 관리 등에 관한 조사 · 연구
2. 암검진, 암환자의 진료 및 재활 등의 의료서비스 제공
3. 암의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육 · 훈련
4. 종합계획 관련 사업 수행
5. 그 밖에 암관리에 필요한 사업으로서 보건복지부령으로 정하는 사업
③ 보건복지부장관은 지역암센터가 제2항 각 호의 사업을 하지 아니하거나 잘못 수행한 경우에는 시정을 명할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 지역암센터가 수행하는 사업을 정기적으로 평가하고 그 결과를 지원에 반영할 수 있다.
⑤ 보건복지부장관은 지역암센터가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정을 취소하여야 한다.
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우
2. 제1항에 따른 지정 기준에 미달한 경우
3. 제2항 각 호의 사업을 하지 아니하거나 잘못 수행한 경우
4. 제3항에 따른 시정명령을 따르지 아니한 경우
⑥ 제1항에 따른 지역암센터의 지정 기준 · 절차 및 제4항에 따른 평가 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립 · 운영한다.
② 국립암센터는 법인으로 한다.
③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.
1. 목적
2. 명칭
3. 주된 사무소 및 부속기관
4. 임원의 성명 및 주소
5. 공고의 방법

약사법

제31조(제조업 허가 등)

① 의약품 제조를 업(業)으로 하려는 자는 대통령령으로 정하는 시설기준에 따라 필요한 시설을 갖추고 총리령으로 정하는 바에 따라 식품의약품안전처장의 허가를 받아야 한다.

② 제1항에 따른 제조업자가 그 제조(다른 제조업자에게 제조를 위탁하는 경우를 포함한다)한 의약품을 판매하려는 경우에는 총리령으로 정하는 바에 따라 품목별로 식품의약품안전처장의 제조판매품목허가(이하 “품목허가”라 한다)를 받거나 제조판매품목 신고(이하 “품목신고”라 한다)를 하여야 한다.

③ 제1항에 따른 제조업자 외의 자(제4호의 경우 제91조제1항에 따른 한국희귀·필수의약품센터만 해당한다)가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의약품을 제조업자에게 위탁제조하여 판매하려는 경우에는 총리령으로 정하는 바에 따라 식품의약품안전처장에게 위탁제조판매업신고를 하여야 하며, 품목별로 품목허가를 받아야 한다.

1. 제34조제1항에 따라 식품의약품안전처장으로부터 임상시험계획의 승인을 받아 임상시험(생물학적 동등성시험은 제외한다. 이하 이 항에서 같다)을 실시한 의약품
2. 제1호에 따른 임상시험 외에 외국에서 실시한 임상시험 중 총리령으로 정하는 임상시험을 실시한 의약품
3. 외국에서 판매되고 있는 의약품 중 국내 제조업자에게 제제기술을 이전한 의약품으로서 총리령으로 정하는 의약품
4. 제91조제1항에 따른 한국희귀·필수의약품센터에서 취급하는 같은 항 각 호에 따른 의약품

④ 의약외품의 제조를 업으로 하려는 자는 대통령령으로 정하는 시설기준에 따라 필요한 시설을 갖추고 식품의약품안전처장에게 제조업신고를 하여야 하며, 품목별로 품목허가를 받거나 품목신고를 하여야 한다.

⑤ 제2항 및 제3항에 따라 품목허가를 받거나 품목신고를 한 자(이하 “품목허가를 받은 자”라 한다)는 총리령으로 정하는 바에 따라 영업소를 설치할 수 있다.

⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 제34조에 따른 임상시험용 의약품 등 총리령으로 정하는 의약품 또는 의약외품(이하 “의약품등”이라 한다)에 대하여는 제조업허가 또는 품목허가를 받지 아니하거나 품목신고를 하지 아니할 수 있다.

⑦ 제2항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 의약품등과 의료기기가 조합되어 있거나 복합 구성된 것으로서 주된 기능이 의료기기에 해당하여 「의료기기법」에 따라 허가를 받거나 신고한 제품·품목 또는 의약품과 디지털의료기기가 조합된 것으로서 주된 기능이 디지털의료기기에 해당하여 「디지털의료제품법」에 따라 허가를 받은 제품·품목은 제2항부터 제4항까지의 규정에 따라 품목허가를 받거나 품목신고를 한 것으로 본다.

⑧ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 의약품등의 제조업이나 위탁제조판매업에 대한 허가를 받거나 신고를 할 수 없다.

1. 제5조 각 호의 어느 하나에 해당하는 자
2. 제76조에 따라 제조업 허가가 취소되거나 위탁제조판매업소 또는 제조소(製造所)가 폐쇄된 날부터 1년이 지나지 아니한 자. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다.
   가. 제5조제1호 또는 제3호에 해당하여 취소 또는 폐쇄된 후 정신건강의학과 전문의가 약사(藥事)에 관한 업무를 담당하는 것이 적합하다고 인정한 경우
   나. 제5조제2호에 해당하여 취소 또는 폐쇄된 후 가정법원의 성년후견·한정후견 종료의 심판을 받은 경우
3. 삭제 〈2026. 4. 7.〉

⑨ 제1항부터 제4항까지의 경우에 허가받은 사항 또는 신고한 사항 중 총리령으로 정하는 사항을 변경하려는 때에는 총리령으로 정하는 바에 따라 변경허가를 받거나 변경신고를 하여야 한다.

⑩ 제2항 및 제3항에 따라 허가를 받거나 신고하려는 품목이 신약 또는 식품의약품안전처장이 지정하는 의약품인 경우에는 안전성·유효성 등에 관한 다음 각 호의 자료 중 의약품의 특성, 종류 등에 따라 총리령으로 정하는 자료를 제출하여야 한다.

1. 품질에 관한 자료
2. 비임상시험자료
3. 임상시험자료
4. 특허관계 확인서와 그 사유를 적은 서류 및 근거자료
5. 그 밖에 총리령으로 정하는 자료

⑪ 제10항에 따라 자료를 제출하는 의약품이 임상시험자료를 작성한 자의 의약품과 동일한 제조소에서 동일한 처방 및 제조방법으로 모든 제조공정을 동일하게 하여 제조되는 경우(완제품 포장 공정만 다르게 하여 제조되는 경우를 포함한다)에는 해당 임상시험자료를 사용할 수 있도록 하는 작성자의 동의서로 같은 항 제3호의 자료를 갈음할 수 있다. 이 경우 전문의약품(「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 첨단바이오의약품, 생물학적 제제 및 그 밖에 식품의약품안전처장이 정하는 의약품은 제외한다)의 임상시험자료를 작성한 자는 3회에 한정하여 해당 자료의

사용에 동의할 수 있다.

⑫ 제2항에 따라 허가를 받거나 신고하려는 품목이 신약 또는 식품의약품안전처장이 지정하는 의약품과 주성분의 종류, 함량, 투여경로, 효능·효과 및 용법·용량이 동일한 경우에는 다음 각 호의 자료를 총리령으로 정하는 바에 따라 제출하여야 한다. 다만, 생체를 이용하지 아니하는 시험을 하는 품목의 경우에는 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 자료로 제2호의 자료를 갈음할 수 있다.

1. 품질에 관한 자료
2. 제10항에 따라 자료를 제출하여야 하는 의약품과의 생물학적 동등성자료(생물학적 동등성에 관한 시험자료 또는 비교임상시험 성적서에 관한 자료를 말한다. 이하 이 조에서 같다)
3. 특허관계 확인서와 그 사유를 적은 서류 및 근거자료
4. 그 밖에 총리령으로 정하는 자료

⑬ 제12항에 따라 자료를 제출하는 의약품이 생물학적 동등성자료(같은 항 단서에 따라 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 자료를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)를 작성한 자의 의약품과 동일한 제조소에서 동일한 처방 및 제조방법으로 모든 제조공정을 동일하게 하여 제조되는 경우(완제품 포장 공정만 다르게 하여 제조되는 경우를 포함한다)에는 해당 생물학적 동등성자료를 사용할 수 있도록 하는 작성자의 동의서로 같은 항 제2호의 자료를 갈음할 수 있다. 이 경우 생물학적 동등성자료를 작성한 자는 3회에 한정하여 해당 자료의 사용에 동의할 수 있다.

⑭ 식품의약품안전처장은 제2항부터 제4항까지 및 제9항에 따른 신고(품목신고를 제외한다)를 받은 경우에는 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 하고, 품목허가(변경허가를 포함한다) 신청을 받거나 품목신고(변경신고를 포함한다)를 받은 경우에는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에 한정하여 허가를 하거나 신고를 수리하여야 한다. 다만, 제31조의6제1항 본문에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 의약품등의 안전성·유효성이 인정될 것
2. 의약품등의 품질이 인정될 것
3. 제12항에 따라 자료를 제출하는 의약품의 경우 동등성이 인정될 것
4. 그 밖에 총리령으로 정하는 사항에 적합할 것

⑮ 제1항부터 제4항까지 및 제9항부터 제14항까지에 따른 의약품등의 제조업·위탁제조판매업 및 제조판매품목의 허가 또는 신고를 할 때 허가 또는 신고의 대상·기준·조건, 제출 자료의 종류·요건·면제·변경과 제출 방법·절차 및 관리 등에 관하여 필요한 사항은 총리령으로 정한다.

⑯ 의약품등의 제조업자 또는 위탁제조판매업 신고를 한 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의약품등의 품목허가를 받거나 품목신고를 할 수 없다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 품목허가·변경허가를 받거나 품목신고·변경신고를 하여 품목허가 또는 품목신고가 취소된 날부터 5년이 지나지 아니한 의약품등
2. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 제53조에 따른 국가출하승인을 받아 품목허가가 취소된 날부터 3년이 지나지 아니한 의약품

제35조(조건부 허가 등)

① 식품의약품안전처장은 제31조제1항 및 제2항에 따른 허가를 할 때 의약품 제조업 또는 총리령으로 정하는 품목에 대하여는 일정한 기간 내에 제31조제1항에 따른 시설을 갖출 것을 조건으로 허가(이하 "시설 조건부 허가"라 한다)할 수 있다.

② 식품의약품안전처장은 심각한 중증질환 또는 「희귀질환관리법」 제2조제1호에 따른 희귀질환을 치료하기 위한 목적으로 사용되는 의약품 중 총리령으로 정하는 의약품에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자료를 근거로 하여 품목허가를 신청하는 경우에는 해당 의약품의 인체에 대한 안전성·유효성 등을 확증하기 위하여 투약자 대상 임상시험 자료 등을 별도로 정하는 기간 내에 제출할 것을 조건으로 중앙약사심의위원회의 의견을 들어 품목허가(이하 "품목 조건부 허가"라 한다)를 할 수 있다.

1. 해당 품목이 총리령으로 정하는 임상적 평가변수에 대하여 효과가 있음을 입증하는 임상시험 자료
2. 해당 품목이 약물역학(藥物疫學), 약물치료학(藥物治療學), 병태생리학(病態生理學) 등의 관점에서 임상적 효과를 합리적으로 예측할 수 있는 대리평가변수를 통해 효과가 있음을 입증하는 임상시험 자료

③ 품목 조건부 허가에 관하여는 「공중보건 위기대응 의료제품의 개발 촉진 및 긴급 공급을 위한 특별법」 제13조부터 제16조까지, 제22조 및 제36조를 준용한다. 이 경우 "의료제품"은 "의약품"으로, "위원회"는 "중앙약사심의위원회"로 각각 본다.

④ 제1항부터 제3항까지에서 규정한 사항 외에 시설 조건부 허가 또는 품목 조건부 허가 등에 필요한 사항은 총리령으로 정한다.

제42조(의약품등의 수입허가 등)

①의약품등의 수입을 업으로 하려는 자는 총리령으로 정하는 바에 따라 식품의약품안전처장에게 수입업 신고를 하여야 하며, 총리령으로 정하는 바에 따라 품목마다 식품의약품안전처장의 허가를 받거나 신고를 하여야 한다. 허가받은 사항 또는 신고한 사항을 변경하려는 경우에도 또한 같다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 의약품등에 대하여 제1항에 따른 품목별 허가를 받거나 신고를 하지 아니하고 수입할 수 있다.

1. 국방부장관이 긴급히 군사 목적에 사용하기 위하여 국내에서 생산되지 아니하는 의약품등을 미리 식품의약품안전처장과 품목 및 수량에 대한 협의를 거쳐 수입하려는 경우
2. 제1항 전단에 따라 수입업 신고를 한 자(이하 "수입자"라 한다)가 의약품등의 제조를 위하여 원료의약품을 수입하거나 임상시험용 의약품 등 총리령으로 정하는 의약품등을 수입하려는 경우
3. 제83조의7제3항에 따라 위탁받은 업무 수행을 위하여 제91조의 한국희귀·필수의약품센터가 의약품을 긴급도입하려는 경우

③ 수입자는 대통령령으로 정하는 시설 기준에 따라 영업소 등 필요한 시설을 갖추어야 한다.

④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 제1항에 따른 수입업 신고를 할 수 없다. 법인의 경우 그 대표자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에도 또한 같다.

1. 제5조 각 호의 어느 하나에 해당하는 자
2. 제76조에 따라 영업소가 폐쇄된 날부터 1년이 지나지 아니한 자. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다.
   가. 제5조제1호 또는 제3호에 해당하여 폐쇄된 후 정신건강의학과 전문의가 약사(藥事)에 관한 업무를 담당하는 것이 적합하다고 인정한 경우
   나. 제5조제2호에 해당하여 폐쇄된 후 가정법원의 성년후견·한정후견 종료의 심판을 받은 경우
3. 삭제 〈2026. 4. 7.〉

⑤ 제1항에 따라 수입되는 의약품등 또는 그 수입자에 관하여는 제31조제7항, 같은 조 제10항부터 제16항까지, 제31조의2, 제31조의5, 제31조의6, 제32조의2, 제33조, 제35조제2항부터 제4항까지, 제35조의2부터 제35조의6까지, 제36조, 제37조, 제37조의2부터 제37조의4까지, 제38조, 제38조의4부터 제38조의6까지, 제40조, 제50조의2부터 제50조의10까지, 제69조의3 및 제75조를 준용한다. 이 경우 "제조" 또는 "생산"은 각각 "수입"으로, "제조업자" 또는 "품목허가를 받은 자"는 각각 "수입자"로, "제조소 또는 위탁제조판매업소"는 각각 "영업소"로 본다.

⑥ 식품의약품안전처장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우에는 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

⑦ 수입자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의약품등 중 총리령으로 정하는 의약품등을 수입하려면 그 해외제조소(의약품등의 제조 및 품질관리를 하는 해외에 소재하는 시설을 말한다. 이하 같다)의 명칭 및 소재지 등 총리령으로 정하는 사항을 식품의약품안전처장에게 등록하여야 한다.

1. 제1항에 따라 품목별 허가를 받거나 신고를 한 의약품등
2. 제2항제2호에 따른 의약품등의 제조를 위하여 수입하는 원료의약품
3. 제31조의2제4항에 따라 등록된 원료의약품(이 조 제5항에서 준용하는 경우로 한정한다)

⑧ 수입자는 제7항에 따라 등록한 사항 중 총리령으로 정하는 사항을 변경하려는 경우에는 식품의약품안전처장에게 변경등록을 하여야 하며, 총리령으로 정하는 사항 외의 사항을 변경한 경우에는 식품의약품안전처장에게 신고하여야 한다.

⑨제1항에 따른 수입업 신고나 품목 허가 또는 신고의 대상·기준·조건 및 관리와 제7항 및 제8항에 따른 등록·변경등록·변경신고의 절차·방법 등에 관하여 필요한 사항은 총리령으로 정한다.

응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를

말한다.

3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

1. 응급증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부손상
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   - 라. 출혈 : 혈관손상
   - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)

바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

유아교육법

제20조(교직원의 구분)
① 유치원에는 교원으로 원장·원감·수석교사 및 교사를 두되, 대통령령으로 정하는 일정 규모 이하의 유치원에는 원감을 두지 아니할 수 있다.
② 유치원에는 교원외에 계약의사, 영양사, 간호사 또는 간호조무사, 행정직원 등을 둘 수 있다.
③ 유치원에 두는 교원과 직원(이하 "교직원"이라 한다)의 정원에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정하고, 배치기준은 제18조에 따른 지도·감독 기관이 정하며, 교육부장관은 교원의 정원에 관한 사항을 매년 국회에 보고하여야 한다.

의료급여법

제10조(급여비용의 부담)
급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제25조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)
① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
1. 삭제 <2005.7.5.>
2. 삭제 <2005.7.5.>
② 삭제 <2005.7.5.>
③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 등 보건복지부령으로 정하는 경우 또는 항목에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
1. 법 제15조제1항에 따라 의료급여가 제한되는 경우
2. 적정한 급여일수 관리가 필요한 경우
3. 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우
④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
⑤ 제4항에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 다음 각 호의 구분에 따른 금액에 해당하는 경우에는 해당 호에서 정하는 금액을 기금에서 부담하고 이를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급해야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
1. 1종수급권자
가. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 2만원 초과 5만원 이하인 경우: 2만원 초과금액의 100분의 50
나. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 5만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 100
2. 2종수급권자
가. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 20만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 50
나. 가목에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 연간 80만원(「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원)을 초과하

는 경우: 초과금액의 100분의 100

⑥ 삭제<2025.10.1.>

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제5항 본문에 따라 기금에서 부담해야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급해야 한다.

[별표 1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제13조 관련)

1. 1종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항제1호가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 법 제7조제1항제2호의 약제(이하 "약제"라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강보험법 시행령」 제22조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 "구입금액"이라 한다)의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
2) 법 제9조제2항제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
3) 법 제9조제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
4) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료		급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우		급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비 고 : 위 표 1)가)(1), 2)가)(1) 및 3)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3), 2)가)(3) 및 3)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 1종수급권자 중 다음에 해당하는 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다. 다만, 법 제7조제2항에 따른 한도를 초과하여 의료급여를 받은 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 급여비용총액의 일부를 부담하게 할 수 있다.
   (1) 18세 미만인 사람
   (2) 임산부
   (3) 제2조제1호에 따른 무연고자로 확인된 사람
   (4) 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등
   (5) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람
   (6) 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람

라. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

마. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도(重症度)를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등

예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

사. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

아. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.

1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우

2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

자. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

2. 2종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항제1호가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
2) 법 제9조제2항제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자에 대	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명	급여비용총액의 100분의 85. 다

의료급여기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
	한 그 질환의 외래진료	영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 그 밖의 외래진료		급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	다) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
3) 법 제9조제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래진료		급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
4) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원 진료		급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우		급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비고 : 위 표 1)가)(1) 및 2)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3) 및 2)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 의료급여와 6세 미만의 아동에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 받은 경우에는 본인부담금을 면제한다.

라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
마. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
바. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.
사. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 경우에는 급여비용총액의 100분의 98을 기금에서 부담한다.
아. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.
자. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인한 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
차. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 조산아(早産兒)와 및 저체중 출생아의 다음의 구분에 따른 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
1) 조산아: 출생일부터 5년 4개월이 되는 날까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 날까지의 외래진료
2) 저체중 출생아: 출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료
카. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)나), 같은 목 3)가) 및 타목에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 98을 기금에서 부담한다.
타. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준에 따른다.
1) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료(이하 이 목에서 "전산화단층촬영등"이라 한다)를 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
2) 1) 외의 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영등을 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
파. 〈삭제 2025. 9. 30.〉
하. 가목1)가)(2), 같은 1) 나), 같은 목 2)나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
거. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.
너. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 16세 이상 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기

금에서 부담한다.

더. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

러. 가목1)가)(1)·(3), 같은 1) 나), 같은 목 2)가)(1)·(3), 같은 2) 나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.

1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우

2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

머. 가목1)가), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 차목에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

버. 가목2)가)(2), 같은 2) 나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

서. 가목1)부터 3)까지 및 같은 목 5)나)·다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.

가. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다)·정신병원·종합병원 및 같은 법 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.

1) 상급종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 50을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

2) 병원·한방병원·요양병원·정신병원·종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 70을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

다. 법 제7조제2항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에 대해서는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다. 다만, 제1호가목4) 및 제2호가목4)의 의료급여기관에서 받는 외래·입원진료와 제1호가목5)가) 및 제2호가목5)가)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70

2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 80

3) 제1호가목5)나)·다) 및 제2호가목5)나)·다)의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70

라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.

1) 1종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 70

2) 2종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 60

3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100분의 20

마. 다목에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병의 발생·유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

제2조(의료인)
① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 「간호법」에 따른 간호사(이하 “간호사”라 한다)를 말한다.
② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 「간호법」 제12조의 업무를 임무로 한다.
가. 〈삭제 2024.09.20.〉
나. 〈삭제 2024.09.20.〉
다. 〈삭제 2024.09.20.〉
라. 〈삭제 2024.09.20.〉

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
③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
④ 삭제 〈2009.1.30.〉
⑤ 삭제 〈2009.1.30.〉
⑥ 삭제 〈2009.1.30.〉
⑦ 삭제 〈2009.1.30.〉
⑧ 삭제 〈2009.1.30.〉

제3조의3(종합병원)
① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

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 고시하는 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 이내

에 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.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.

1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제제1호 및 제14호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표3] 의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

시설	종합병원/병원/요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	

[별표4] 의료기관의 시설규격(제34조 관련)

1. 입원실

가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조제1항제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.

나. 입원실의 면적(벽·기둥 및 화장실의 면적을 제외한다)은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 10제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 6.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.

다. 삭제 〈2017. 2. 3.〉

라. 입원실에 설치하는 병상 수는 최대 4병상(요양병원의 경우에는 6병상)으로 한다. 이 경우 각 병상 간 이격거리는 최소 1.5미터 이상으로 한다.

마. 입원실에는 손씻기 시설 및 환기시설을 설치하여야 한다. 이 경우 입원실 내 화장실에 손씻기

시설이 있는 경우에는 입원실에 손씻기 시설을 설치한 것으로 본다.

바. 병상이 300개 이상인 종합병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 전실(前室) 및 음압시설(陰壓施設: 방 안의 기압을 낮춰 내부 공기가 방 밖으로 나가지 못하게 만드는 설비) 등을 갖춘 병실(이하 "음압격리병실"이라 한다)을 1개 이상 설치하되, 300병상을 기준으로 100병상 초과할 때 마다 1개의 음압격리병실을 추가로 설치하여야 한다. 다만, 제2호카목에 따라 중환자실에 음압격리병실을 설치한 경우에는 입원실에 설치한 것으로 본다.

사. 병상이 300개 이상인 요양병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 화장실 및 세면시설을 갖춘 격리병실을 1개 이상 설치하여야 한다.

아. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.

자. 감염병환자등의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 감염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.

1의2. 임종실

임종실의 면적은 벽기둥화장실의 면적을 제외하고 10제곱미터 이상으로 하고, 1명의 환자만 수용해야 하며, 가족 등과 함께 임종을 준비할 수 있는 공간을 갖춰야 한다.

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

3. 수술실

가. 수술실은 수술실 상호 간에 칸막이벽으로 구획되어야 하고, 각 수술실에는 하나의 수술대만 두어야 하며, 환자의 감염을 방지하기 위하여 먼지와 세균 등이 제거된 청정한 공기를 공급할 수 있는 공기정화설비를 갖추고, 내부 벽면은 불침투질로 하여야 하며, 적당한 난방, 조명, 멸균수세(滅菌水洗), 수술용 피복, 붕대재료, 기계기구, 의료가스, 소독 및 배수 등 필요한 시설을 갖추어야 하고, 바닥은 접지가 되도록 하여야 하며, 콘센트의 높이는 1미터 이상을 유지하게 하고, 호흡장치의 안전관리시설을 갖추어야 한다.

나. 수술실에는 기도 내 삽관유지장치, 인공호흡기, 마취환자의 호흡감시장치, 심전도 모니터 장치를 갖추어야 한다.

다. 수술실 내 또는 수술실에 인접한 장소에 상용전원이 정전된 경우 나목에 따른 장치를 작동할 수 있는 축전지 또는 발전기 등의 예비전원설비를 갖추어야 한다. 다만, 나목에 따른 장치에 축전지가 내장되어 있는 경우에는 예비전원설비를 갖춘 것으로 본다.

4. 응급실

외부로부터 교통이 편리한 곳에 위치하고 산실(産室)이나 수술실로부터 격리되어야 하며, 구급용 시설을 갖추어야 한다.

5. 임상검사실
   임상검사실은 자체적으로 검사에 필요한 시설·장비를 갖추어야 한다.
6. 방사선 장치
   가. 방사선 촬영투시 및 치료를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 방사선 위해(危害) 방호 시설(防護施設)을 갖추어야 한다.
   나. 방사선 사진필름을 현상·건조하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 시설을 갖춘 건조실을 갖추어야 한다.
   다. 방사선 사진필름을 판독하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 설비가 있는 판독실을 갖추어야 한다.
7. 회복실
   수술 후 환자의 회복과 사후 처리를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 이에 필요한 시설을 갖추어야 한다.
8. 물리치료실
   물리요법을 시술하는 데에 지장이 없는 면적과 기능회복, 재활훈련, 환자의 안전관리 등에 필요한 시설을 갖추어야 한다.
9. 한방요법실
   경락자극요법시설 등 한방요법시설과 특수생약을 증기, 탕요법에 의하여 치료하는 시설을 갖추어야 한다.
10. 병리해부실
    병리·병원에 관한 세포학검사·생검 및 해부를 할 수 있는 시설과 기구를 갖추어 두어야 한다.
11. 조제실
    약품의 소분(小分)·혼합조제 및 생약의 보관, 혼합약제에 필요한 조제대 등 필요한 시설을 갖추어야 한다.

11의2. 탕전실
   가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.
   나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.
   다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
   라. 작업실에는 수돗물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.
   마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.
   바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.
   사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.

12. 의무기록실
    의무기록(외래·입원·응급 환자 등의 기록)을 보존기간에 따라 비치하여 기록·관리 및 보관할 수 있는 서가 등 필요한 시설을 설치하여야 한다.
13. 소독시설
    증기·가스장치 및 소독약품 등의 자재와 소독용 기계기구를 갖추어 두고, 위생재료·붕대 등을 집중 공급하는 데에 적합한 시설을 갖추어야 한다.
14. 급식시설
   가. 조리실은 식품의 운반과 배식이 편리한 곳에 위치하고, 조리, 보관, 식기 세척, 소독 등 식품을 위생적으로 처리할 수 있는 설비와 공간을 갖추어야 한다.
   나. 식품저장실은 환기와 통풍이 잘 되는 곳에 두되, 식품과 식품재료를 위생적으로 보관할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
   다. 급식 관련 종사자가 이용하기 편리한 준비실·탈의실 및 옷장을 갖추어야 한다.

15. 세탁물 처리시설
「의료기관세탁물관리규칙」에서 정하는 적합한 시설과 규모를 갖추어야 한다.
16. 시체실
시체의 부패 방지를 위한 냉장시설과 소독시설을 갖추어야 한다.
17. 의료폐기물 처리시설
「폐기물관리법 시행규칙」 제14조에 따른 시설과 규모를 갖추어야 한다.
18. 자가발전시설
공공전기시설을 사용하지 아니하더라도 해당 의료기관의 필요한 곳에 전기를 공급할 수 있는 자가발전시설을 갖추어야 한다.
19. 구급자동차
보건복지부장관이 정하는 산소통·산소호흡기와 그 밖에 필요한 장비를 갖추고 환자를 실어 나를 수 있어야 한다.
20. 그 밖의 시설
가. 장례식장의 바닥면적은 해당 의료기관의 연면적의 5분의 1을 초과하지 못한다.
나. 요양병원의 식당 등 모든 시설에는 휠체어가 이동할 수 있는 공간이 확보되어야 하며, 복도에는 병상이 이동할 수 있는 공간이 확보되어야 한다.
다. 별표 3 제20호나목에 따라 엘리베이터를 설치하여야 하는 경우에는 「승강기시설 안전관리법 시행규칙」 별표 1에 따른 침대용 엘리베이터를 설치하여야 하며, 층간 경사로를 설치하는 경우에는 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률 시행규칙」 별표 1에 따른 경사로 규격에 맞아야 한다.
라. 요양병원의 복도 등 모든 시설의 바닥은 문턱이나 높이차이가 없어야 하고, 불가피하게 문턱이나 높이차이가 있는 경우 환자가 이동하기 쉽도록 경사로를 설치하여야 하며, 복도, 계단, 화장실 대·소변기, 욕실에는 안전을 위한 손잡이를 설치하여야 한다. 다만, 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률」 제9조에 따라 요양병원에 출입구·문, 복도, 계단을 설치하는 경우에 그 시설은 같은 법에 따른 기준에도 맞아야 한다.
마. 요양병원의 입원실, 화장실, 욕실에는 환자가 의료인을 신속하게 호출할 수 있도록 병상, 변기, 욕조 주변에 비상연락장치를 설치하여야 한다.
바. 요양병원의 욕실
1) 병상이 이동할 수 있는 공간 및 보조인력이 들어가 목욕을 시킬 수 있는 공간을 확보하여야 한다.
2) 적정한 온도의 온수가 지속적으로 공급되어야 하고, 욕조를 설치할 경우 욕조에 환자의 전신이 잠기지 않는 깊이로 하여야 한다.
사. 요양병원의 외부로 통하는 출입구에 잠금장치를 갖추되, 화재 등 비상시에 자동으로 열릴 수 있도록 하여야 한다.

모자보건법

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. “임산부”란 임신 중이거나 분만 후 6개월 미만인 여성을 말한다.
2. “모성”이란 임산부와 가임기(可姙期) 여성을 말한다.
3. “영유아”란 출생 후 6년 미만인 사람을 말한다.
4. “신생아”란 출생 후 28일 이내의 영유아를 말한다.
5. “미숙아(未熟兒)”란 신체의 발육이 미숙한 채로 출생한 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.
6. “선천성이상아(先天性異常兒)”란 선천성 기형(奇形) 또는 변형(變形)이 있거나 염색체에 이상이 있는 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.
7. “인공임신중절수술”이란 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술을 말한다.
8. “모자보건사업”이란 모성과 영유아에게 전문적인 보건의료서비스 및 그와 관련된 정보를 제공하고, 모성의 생식건강(生殖健康) 관리와 임신 · 출산 · 양육 지원을 통하여 이들이 신체적 · 정신적 · 사회적으로 건강을 유지하게 하는 사업을 말한다.

9. 삭제 〈2017. 12. 12.〉
10. “산후조리업(産後調理業)”이란 산후조리 및 요양 등에 필요한 인력과 시설을 갖춘 곳(이하 “산후조리원”이라 한다)에서 분만 직후의 임산부나 출생 직후의 영유아에게 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 업(業)을 말한다.
11. “난임(難姙)”이란 부부(사실상의 혼인관계에 있는 경우를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 피임을 하지 아니한 상태에서 부부간 정상적인 성생활을 하고 있음에도 불구하고 1년이 지나도 임신이 되지 아니하는 상태를 말한다.
12. “보조생식술”이란 임신을 목적으로 자연적인 생식과정에 인위적으로 개입하는 의료행위로서 인간의 정자와 난자의 채취 등 보건복지부령으로 정하는 시술을 말한다.

제11조(난임·유산·사산 극복 지원사업)
① 국가와 지방자치단체는 난임, 유산·사산 등 생식건강 문제를 극복하기 위한 지원을 할 수 있다.
② 난임극복 지원에는 다음 각 호의 내용이 포함되어야 한다.
1. 난임치료를 위한 시술비 지원. 이 경우 「한의약 육성법」 제2조제1호에 따른 한방의료를 통하여 난임을 치료하는 한방난임치료(이하 “한방난임치료”라 한다) 비용의 지원을 포함할 수 있다.
2. 난임 관련 상담 및 교육
3. 난임 예방 및 관련 정보 제공
4. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업
③ 유산·사산 극복 지원에는 다음 각 호의 내용이 포함되어야 한다.
1. 유산·사산 관련 상담 및 심리지원
2. 유산·사산 예방을 위한 교육 및 관련 정보 제공
3. 그 밖에 유산·사산 극복을 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업

제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등)
① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제1호가목·다목 및 같은 항 제3호가목·다목·마목에 따른 의료기관 중 보조생식술 등 난임시술이 가능한 의료기관을 난임시술 의료기관으로 지정할 수 있다.
② 제1항에 따른 난임시술 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 시설·장비 및 전문인력 등을 갖추어야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정된 난임시술 의료기관(이하 “지정의료기관”이라 한다)에 대하여 3년마다 제2항의 기준 및 실적 등에 대한 평가를 실시하고 평가 결과에 따라 그 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 보건복지부장관은 제3항에 따른 평가결과를 공개하여야 한다.
⑥ 제1항 및 제3항에 따른 난임시술 의료기관 지정 및 지정취소의 기준·절차, 제4항에 따른 위탁, 제5항에 따른 평가결과의 공개방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

모자보건법 시행규칙

제8조(난임시술 의료기관의 지정)
① 보건복지부장관은 법 제11조의3제1항에 따른 난임시술 의료기관(이하 “난임시술 의료기관”이라 한다)을 다음 각 호의 구분에 따라 지정할 수 있다.
1. 자궁내 정자주입 시술 의료기관
2. 체외수정 시술 의료기관
② 법 제11조의3제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 시설·장비 및 전문인력”이란 별표 2에 따른 시설·장비 및 전문인력을 말한다.
③ 제1항제1호에 따른 자궁내 정자주입 시술 의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 별지 제9호서식의 자궁내 정자주입 시술 의료기관 지정신청서(전자문서로 된 신청서를 포함한다)에 다음 각 호의 서류(전자문서를 포함한다)를 첨부하여 보건복지부장관에게 제출해야 한다.
1. 삭제 〈2023. 2. 10.〉
2. 시설·장비 및 전문인력의 명세서
3. 관할 보건소가 발급한 현지확인 의견서
④ 관할 보건소는 제3항제3호에 따른 현지확인 의견서의 발급 신청이 있는 경우 현지확인 후 별지 제9호

의2서식의 현지확인 의견서를 작성하여 신청인에게 발급하여야 한다.

⑤ 제1항제2호에 따른 체외수정 시술 의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 별지 제9호의3서식의 체외수정 시술 의료기관 지정신청서(전자문서로 된 신청서를 포함한다)에 「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙」 제17조제4항에 따른 배아생성의료기관 지정서 사본(전자문서를 포함한다)을 첨부하여 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

⑥ 보건복지부장관은 제5항에 따라 체외수정 시술 의료기관으로 지정받는 의료기관에 대해서는 해당 의료기관의 신청에 따라 동시에 제1항제1호에 따른 자궁내 정자주입 시술 의료기관으로 지정할 수 있다.

⑦ 보건복지부장관은 제5항에 따라 체외수정 시술 의료기관으로 지정받은 의료기관의 시설·장비 및 전문인력 현황을 확인하기 위하여 「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행령」 제24조제1항제2호에 따라 배아생성의료기관의 지정 권한을 위임받은 질병관리청장에게 관련 자료의 제출을 요청할 수 있다.

⑧ 보건복지부장관은 난임시술 의료기관을 지정하는 경우에는 별지 제9호의4서식의 난임시술 의료기관 지정서를 발급하여야 한다.

⑨ 보건복지부장관은 제3항 및 제5항에 따라 신청서를 제출받은 경우에는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 다음 각 호의 서류를 확인해야 한다. 다만, 신청인이 확인에 동의하지 않는 경우에는 이를 첨부하도록 해야 한다.

1. 의사 면허증
2. 의료기관 개설신고증명서 또는 의료기관 개설허가증(제3항에 따른 신청만 해당한다)

장기등 이식에 관한 법률

제25조(장기이식의료기관)

① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 “이식의료기관”이라 한다)으로 지정받아야 한다.

② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설·장비·인력 등을 갖추어야 한다.

③ 이식의료기관이 아니면 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기등을 적출할 수 있다.

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

초 · 중등교육법

제19조(교직원의 구분)

① 학교에는 다음 각 호의 교원을 둔다.
1. 초등학교 · 중학교 · 고등학교 · 고등공민학교 · 고등기술학교 및 특수학교에는 교장 · 교감 · 수석교사 및 교사를 둔다. 다만, 학생 수가 100명 이하인 학교나 학급 수가 5학급 이하인 학교 중 대통령령으로 정하는 규모 이하의 학교에는 교감을 두지 아니할 수 있다.
2. 각종학교에는 제1호에 준하여 필요한 교원을 둔다.

② 학교에는 교원 외에 학교 운영에 필요한 행정직원 등 직원을 둔다.

③ 학교에는 원활한 학교 운영을 위하여 교사 중 교무(敎務)를 분담하는 보직교사를 둘 수 있다.

④ 학교에 두는 교원과 직원(이하 "교직원"이라 한다)의 정원에 필요한 사항은 대통령령으로 정하고, 학교 급별 구체적인 배치기준은 제6조에 따른 지도 · 감독기관(이하 "관할청"이라 한다)이 정하며, 교육부장관은 교원의 정원에 관한 사항을 매년 국회에 보고하여야 한다.

폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제4조(단체 등의 구성 · 활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.
1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴 · 간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속 · 유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다.
1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
   가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
   나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
   다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
   라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도) · 제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속 · 유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

형법

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

형사소송법

제325조(무죄의 판결)

피고사건이 범죄로 되지 아니하거나 범죄사실의 증명이 없는 때에는 판결로써 무죄를 선고하여야 한다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제1조(목적)
이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
   가. 삭제 〈2018. 3. 27.〉
   나. 삭제 〈2018. 3. 27.〉
   다. 삭제 〈2018. 3. 27.〉
   라. 삭제 〈2018. 3. 27.〉
   마. 삭제 〈2018. 3. 27.〉
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
   가. 암
   나. 후천성면역결핍증
   다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
   라. 만성 간경화
   마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “말기환자등”이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)
① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.
② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하“호스피스전문기관”이라 한다)에 대하

여 제 29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.
④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제28조(호스피스의 신청)
① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.
② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조제1항제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다.
③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다.
④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)
이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙

제2조(말기환자의 진단 기준)
「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 말기환자 여부를 진단하는 경우에는 다음 각 호의 기준을 종합적으로 고려하여야 한다.
1. 임상적 증상
2. 다른 질병 또는 질환의 존재 여부
3. 약물 투여 또는 시술 등에 따른 개선 정도
4. 종전의 진료 경과
5. 다른 진료 방법의 가능 여부
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 준하는 것으로서 말기환자의 진단을 위하여 보건복지부장관이 특히 필요하다고 인정하는 기준

(기호)

(독립특별약관) 무배당 가족일상생활중배상책임Ⅳ(갱신형) 특별약관 ····· 901
- 가족일상생활중배상책임Ⅳ(대물20만원(누수50만원)공제,누수90일면책)(갱신형) 특별약관 ····· 921

(독립특별약관) 무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관 ····· 925
- 간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 ····· 945
- 간병인지원질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 ····· 951
- 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관 ····· 949
- 질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관 ····· 955

(독립특별약관) 무배당 간병인사용입원생활비 관련 보장 특별약관 ····· 1213
- 간병인사용입원생활비(상급종합병원,연간180일한도) 특별약관 ····· 1255
- 간병인사용입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관 ····· 1239
- 간병인사용입원생활비(요양병원,연간180일한도) 특별약관 ····· 1235
- 간병인사용입원생활비(요양병원,연간181일이상) 특별약관 ····· 1242
- 간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관 ····· 1233
- 간병인사용입원생활비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관 ···· 1251
- 간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원,연간180일한도) 특별약관 ····· 1248
- 간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원,연간181일이상) 특별약관 ····· 1253
- 간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관 ····· 1246
- 간호간병통합서비스입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관 ····· 1244
- 간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관 ····· 1238
- 암(특정유사암포함)간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관 ····· 1258
- 주요순환계질환Ⅰ간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관 ····· 1261

(독립특별약관) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 959
- 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 980
- 암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 977
- 자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 982

(독립특별약관) 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관2604 ····· 989
- 2대질병특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관 1146
- 4대유사암복합치료생활비(상급종합병원)(연간1회한) 특별약관 ····· 1086
- 4대유사암복합치료생활비(상급종합병원)(연간특정치료2회,3회및4회이상) 특별약관 ····· 1093
- 4대유사암특정치료비(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(각연간1회한) 특별약관 ····· 1052
- 4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관 ····· 1046
- 4대유사암특정치료생활비(종합병원)(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관 ····· 1060
- 경증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관 ····· 1148
- 비급여(전액본인부담급여포함)암(4대유사암제외)특정치료비(각연간1회한) 특별약관 ····· 1123
- 비급여(전액본인부담급여포함)암(특정유사암포함)복합치료생활비(종합병원)(연간1회

한) 특별약관 ····· 1097
- 비급여(전액본인부담급여포함)암(특정유사암포함)복합치료생활비(종합병원)(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관 ····· 1101
- 비급여(전액본인부담급여포함)암특정주요치료비(각연간1회한) 특별약관 ····· 1129
- 비급여(전액본인부담급여포함)암특정주요치료비Ⅱ(각연간1회한) 특별약관 ····· 1106
- 비급여(전액본인부담급여포함)특정유사암특정치료비(각연간1회한) 특별약관 ·· 1126
- 암(4대유사암제외)복합치료생활비(상급종합병원)(연간1회한) 특별약관 ····· 1083
- 암(4대유사암제외)복합치료생활비(상급종합병원)(연간특정치료2회,3회및4회이상) 특별약관 ····· 1088
- 암(4대유사암제외)진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 특별약관 ····· 1018
- 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(진단후10년,연간1회한) 특별약관 ····· 1009
- 암(4대유사암제외)특정치료비(암전문의료기관Ⅱ(상급종합병원등))(각연간1회한)) 특별약관 ····· 1049
- 암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관 ····· 1042
- 암(4대유사암제외)특정치료생활비(종합병원)(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관 1055
- 암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한) 특별약관 ····· 1040
- 암(특정유사암포함)후유장해(3-100%) 특별약관 ····· 1037
- 암검사및치료비 특별약관 ····· 1068
- 암진단및치료비 특별약관 ····· 1075
- 전이암특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(각연간1회한) 특별약관 ··· 1143
- 전이암특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관 ····· 1140
- 주요순환계질환Ⅰ검사및치료비 특별약관 ····· 1166
- 주요순환계질환Ⅰ복합치료생활비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관 ····· 1117
- 주요순환계질환Ⅰ복합치료생활비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간특정치료2회,3회및4회이상) 특별약관 ····· 1119
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(각연간1회한) 특별약관 ····· 1158
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료비(요양병원제외,각연간1회한) 특별약관 ····· 1155
- 주요순환계질환Ⅰ특정치료생활비(연간특정치료2회및3회이상) 특별약관 ····· 1160
- 주요순환계질환Ⅱ특정약제치료비 특별약관 ····· 1163
- 중등증Ⅱ순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관 ····· 1153
- 중등증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관 ····· 1149
- 중증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관 ····· 1151
- 특정유사암진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 특별약관 ····· 1023
- 특정유사암진단후특정치료비(암전문의료기관(상급종합병원등))(진단후10년,연간1회한) 특별약관 ····· 1014
- 하이클래스Ⅰ암(특정유사암포함)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관 ····· 1027
- 하이클래스Ⅰ암(특정유사암포함)항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)

특별약관 ····· 1033
– 하이클래스Ⅱ암(특정유사암포함)특정치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 1064

(0~9)

124대질병수술비 특별약관 ····· 406
2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관성형수술비(연간1회한,급여)특별약관 ····· 556
2대질병특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 545
4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관 ····· 418
4대유사암진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 205
4대유사암진단비, 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관 ····· 202
4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 467
5대골절진단비 특별약관 ····· 124
5대양성종양및용종(폴립)진단비 특별약관 ····· 438
5대장기이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 672
7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한) 특별약관 ····· 409

(A~Z)

Lady갑상선케어패키지(갑상선기능항진증치료(1회한,급여)) 특별약관 ····· 298
Lady갑상선케어패키지(갑상선암(초기제외)진단비) 특별약관 ····· 295
Lady갑상선케어패키지(중증갑상선암진단비) 특별약관 ····· 297
Lady갑상선케어패키지(초기갑상선암진단비) 특별약관 ····· 294
Lady갑상선케어패키지(특정갑상선기능저하증진단비) 특별약관 ····· 299

(ㄱ)

가입 후 무사고 고객 계약전환Ⅱ 특별약관 ····· 1281
가정폭력등으로인한 법률비용 예약가입 특별약관 ····· 1288
가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형),
법률비용패키지(가정폭력등으로인한법률비용(이혼소송)(실손)(갱신형)) 특별약관 ····· 867
각막이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 673
간병인사용상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 157
간병인사용입원지원금(간병인사용금액연간200만원이상) 특별약관 ····· 714
간병인사용질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 597
간부전진단비 특별약관 ····· 313
갑상선바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여),
Lady갑상선케어패키지(갑상선바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)) 특별약관 ···· 566
갑상선암수술비(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 419
갑상선암수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비,
Lady여성질환치유패키지(갑상선암수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비) 특별약관 321
갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형),
갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한),
Lady갑상선케어패키지(갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한))특별약관 ····· 540
강력범죄발생금 특별약관 ····· 162
경증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 547
골다공증진단비Ⅱ(세부보장별각1회한) 특별약관 ····· 304
골절(치아파절제외)진단비 특별약관 ····· 123
골절(치아파절포함)진단비 특별약관 ····· 124

관상동맥성형술치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 571
관절증(엉덩,무릎)수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 671
교원소청변호사선임비용(실손) 특별약관 ····· 894
교육활동침해피해발생금 특별약관 ····· 891
교직원아동학대형사소송변호사선임비용(실손) 특별약관 ····· 892
급성신부전진단비 특별약관 ····· 314
급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관 ····· 436
급성심근경색증진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 269
급성심근경색증진단비, 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관 ····· 268
깁스치료비 특별약관 ····· 676

(ㄴ)

난소과다자극진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 312
난소제거수술비(수술1회당),Lady수술치유패키지(난소제거수술위로금(수술1회당)),
Lady자궁난소케어패키지(난소제거수술비(수술1회당)) 특별약관 ····· 445
난임진단비(미혼자용)(갱신형), 난임진단비(기혼자용)(갱신형)특별약관 ····· 636
난임치료 관련 보장 예약가입 특별약관 ····· 1287
난임치료비Ⅱ(급여인공수정,3회한,기혼자용)(갱신형) ····· 638
난임치료비Ⅱ(급여체외수정,5회한,기혼자용)(갱신형) ····· 642
난임치료후산후관리지원금(1회한,기혼자용)(갱신형) 특별약관 ····· 632
난자동결보존시술비 선지급 특별약관 ····· 1284
뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 562
뇌전증진단비 특별약관 ····· 251
뇌졸중수술비(1회한) 특별약관 ····· 431
뇌졸중진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 244
뇌졸중진단비, 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관 ····· 243
뇌졸중혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 561
뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 560
뇌출혈진단비 특별약관 ····· 250
뇌혈관질환수술비(1회한), 뇌혈관질환수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 429
뇌혈관질환수술비(수술1회당), 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관 ····· 428
뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관 ····· 613
뇌혈관질환진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 235
뇌혈관질환진단비, 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 234
뇌혈관질환후유장해(3-100%) 특별약관 ····· 232

(ㄷ)

대리청구인 지정 서비스 특별약관 ····· 1272
대상포진눈병진단비 특별약관 ····· 302
대상포진진단비 특별약관 ····· 300
독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 607
독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책,연간1회한)(갱신형)특별약관 ····· 578

(ㅁ)

말기간경화진단비 특별약관 ····· 315
말기신부전증진단비 특별약관 ····· 318

말기폐질환진단비 특별약관 ····· 316
민사소송법률비용Ⅱ(실손)(갱신형),
법률비용패키지(민사소송법률비용Ⅱ(실손)(갱신형)) 특별약관 ····· 855

(ㅂ)
법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관 ····· 1274
보장보험료100%납입지원(뇌혈관특정질환,허혈성심장특정질환) 특별약관(3,4종) ····· 656
보장보험료100%납입지원(상해/질병50%이상후유장해,뇌혈관/허혈성심장특정질환)
특별약관(3,4종) ····· 859
보장보험료100%납입지원(상해50%이상후유장해,질병50%이상후유장해)
특별약관(3,4종) ····· 855
보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관(1,2,3,4종) ····· 653
보장특약 자동갱신 특별약관 ····· 1275
보험료납입면제대상보장(4대사유Ⅱ) 특별약관(3종) ····· 847
보험료납입면제대상보장(6대사유) 특별약관(1종) ····· 833
보험료납입면제대상보장(6대사유Ⅱ) 특별약관(4종) ····· 850
보험료납입면제대상보장(8대사유Ⅱ) 특별약관(2종) ····· 839
보험료자동납입 특별약관 ····· 1271
보험소비자 민생안정 보험료 납입유예 특별약관 ····· 1278

(ㅅ)
상급종합병원1인실,2~3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관 ····· 711
상급종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관 ····· 703
상해1~5종수술비Ⅳ(수술1회당) 특별약관 ····· 134
상해1~8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관 ····· 139
상해50%이상후유장해 특별약관(1,2종) ····· 117
상해80%이상후유장해 특별약관 ····· 118
상해CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 160
상해MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 159
상해고압산소치료비(급여,치료1회당)(갱신형) 특별약관 ····· 163
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(검사및주요치료)(연간2천만원한도)(갱신형),
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(검사및주요치료)(연간1천만원한도)(갱신형)
특별약관 ····· 781
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(연간3천만원한도)(갱신형),
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관 ···· 734
상해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(입원및수술)(연간2천만원한도)(갱신형), 상
해및질병(특정산정특례질환제외)통합치료비(입원및수술)(연간1천만원한도)(갱신형)
특별약관 ····· 760
상해및질병통합상급종합병원수술비(급여전신마취시간당(3시간이상))(갱신형)
특별약관 ····· 798
상해및질병통합종합병원수술비(급여전신마취시간당(3시간이상))(갱신형) 특별약관 ···· 795
상해및질병통합치료비(검사및주요치료)(연간3천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(검사및주요치료)(연간2천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(검사및주요치료)(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관 ····· 768
상해및질병통합치료비(연간4천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(연간3천만원한도)(갱신형),

상해및질병통합치료비(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관 ····· 717
상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간3천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간2천만원한도)(갱신형),
상해및질병통합치료비(입원및수술)(연간1천만원한도)(갱신형) 특별약관 ····· 753
상해사망 보장 ····· 101
상해사망(체증형) 특별약관 ····· 116
상해사망추가 특별약관 ····· 115
상해상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 152
상해상급종합병원2~3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 155
상해상급종합병원수술비 특별약관 ····· 132
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 149
상해성뇌출혈수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 143
상해수술비 특별약관 ····· 128
상해수술비(치아파절및치아탈구제외) 특별약관 ····· 129
상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 146
상해종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 151
상해종합병원2~3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 154
상해종합병원수술비 특별약관 ····· 131
상해중환자실입원비(1일이상10일한도) 특별약관 ····· 148
상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 147
상해중환자실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 147
상해통합치료비(고급형), 상해통합치료비(일반형),상해통합치료비(실속형) 특별약관 ·· 678
상해후유장해(3~100%), 상해후유장해(3~100%)(갱신형) 특별약관 ····· 119
상해흉터복원수술비Ⅱ,Lady여성질환치유패키지(상해흉터복원수술비Ⅱ) 특별약관 ····· 143
성대및후두의신경손상진단비,
Lady여성질환치유패키지(성대및후두의신경손상진단비) 특별약관 ····· 320
성폭력피해발생금(친족제외) 특별약관 ····· 867
스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)A진단비(갱신형)
특별약관 ····· 356
스트레스관련특정정신질환(수면장애,식사장애,기타정신질환)B진단비(갱신형)
특별약관 ····· 357
스트레스관련특정정신질환진단비(90일이상처방,1회한) 특별약관 ····· 361
스트레스관련특정정신질환진단비, 스트레스관련특정정신질환진단비(갱신형) 특별약관360
스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)A진단비(갱신형) 특별약관 ····· 358
스트레스관련특정질병(소화기궤양,귀어지럼증,난청)B진단비(갱신형) 특별약관 ····· 359
식사장애입원직접치료비(4일이상,연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 576
심근병증진단비 특별약관 ····· 282
심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 573
심장판막협착증(대동맥판막)진단비 특별약관 ····· 281
심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비 특별약관(1,2종) ····· 276
심혈관질환진단비 특별약관(1,2종) ····· 275
심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비 특별약관(3,4,5종) ····· 279
심혈관특정질환Ⅰ진단비 특별약관(3,4,5종) ····· 277
심혈관특정질환Ⅱ진단비 특별약관(3,4,5종) ····· 280

(ㅇ)

암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관 ····· 415

암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관 ····· 413
암(4대유사암제외)진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 195
암(4대유사암제외)진단비, 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관 ····· 193
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한),
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 450
암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 464
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형),
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한) 특별약관 ····· 518
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한),
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)특별약관 ····· 513
암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 483
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한) 특별약관 ····· 490
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한) 특별약관 ····· 492
암(4대유사암포함)요양병원입원비Ⅱ(1일이상90일한도) 특별약관 ····· 604
암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비 특별약관 ····· 610
암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도) 특별약관 ····· 601
암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관 ····· 608
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형),
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관 ····· 498
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형),
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 493
암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당) 특별약관 ····· 486
암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형),
암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 특별약관 ····· 508
암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당) 특별약관 ····· 488
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형),
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 특별약관 ····· 511
암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 425
여성생식기관암항암방사선치료비(치료1회당),
Lady자궁난소케어패키지(여성생식기관암항암방사선치료비(치료1회당)) 특별약관 ····· 526
여성생식기관암항암약물치료비(치료1회당),
Lady자궁난소케어패키지(여성생식기관암항암약물치료비(치료1회당)) 특별약관 ····· 527
여성생식기암으로인한자궁적출수술비(1회한),
Lady자궁난소케어패키지(여성생식기암으로인한자궁적출수술비(1회한)),
Lady수술치유패키지(여성생식기암으로인한자궁적출수술위로금(1회한)) 특별약관 ··· 424
여성생애1-5종수술비(상해,수술1회당) 특별약관 ····· 136
여성생애1-5종수술비(질병,수술1회당) 특별약관 ····· 397
여성생애주요1-5종수술비(상해,수술1회당) 특별약관 ····· 137
여성생애주요1-5종수술비(질병,수술1회당) 특별약관 ····· 400
여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ,
여성통합암(4대유사암제외)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관 ····· 184
여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비,
여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비(갱신형) 특별약관 ····· 174
여성통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비(세부보장별각1회한)
특별약관 ····· 470
여성통합전이암진단비 특별약관 ····· 211
외부요인으로인한폐질환진단비 특별약관 ····· 289

외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 290
요로결석진단비 특별약관 ····· 308
유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)통합치료비(연간1천만원한도) 특별약관 ····· 350
유방,갑상선,여성생식기질환(일반질환)통합치료비(연간2천만원한도) 특별약관 ····· 344
유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비(연간1억원한도) 특별약관 ····· 327
유방,갑상선,여성생식기질환통합치료비(연간5천만원한도) 특별약관 ····· 335
유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여),
Lady유방케어패키지(유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여))특별약관 ····· 567
유방암(수용체타입)진단비, Lady유방케어패키지(유방암(수용체타입)진단비) 특별약관222
유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한),
유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한)(갱신형),
Lady유방케어패키지(유방암예후예측검사비(특정유전자검사,1회한))특별약관 ····· 618
유방암으로인한유방수술비, Lady유방케어패키지(유방암으로인한유방수술비),
Lady수술치유패키지(유방암으로인한유방수술위로금) 특별약관 ····· 421
유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비,
Lady유방케어패키지(유방암진단후계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비) 특별약관 226
유방암표적항암약물허가치료비(1회한),
유방암표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 536
유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한),
유방암표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 532
유방암항암방사선치료비(치료1회당),
Lady유방케어패키지(유방암항암방사선치료비(치료1회당)) 특별약관 ····· 523
유방암항암약물치료비(치료1회당),
Lady유방케어패키지(유방암항암약물치료비(치료1회당)) 특별약관 ····· 524
유방절제수술비(1회한) 특별약관 ····· 674
유방절제후림프부종진단비,
Lady여성질환치유패키지(유방절제후림프부종진단비) 특별약관 ····· 319
응급실내원치료비(응급) 특별약관 ····· 677
이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관 ····· 1271
임신지원금(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 624
입원생활비(연간180일한도) 특별약관 ····· 691
입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관 ····· 705

(ㅈ)

자궁근종고강도초음파집속술(HIFU)치료비(1회한),
Lady자궁난소케어패키지(자궁근종고강도초음파집속술(HIFU)치료비(1회한)) 특별약관568
자궁내막증진단비,Lady자궁난소케어패키지(자궁내막증진단비) 특별약관 ····· 306
자녀돌봄지원금포함입원생활비(각연간180일한도) 특별약관 ····· 693
전이암진단비 특별약관 ····· 216
전자서명 특별약관 ····· 1274
제왕절개수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 448
제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비,
Lady여성질환치유패키지(제왕절개수술후비대성흉터(켈로이드포함)진단비) 특별약관 324
조기폐경진단비 특별약관 ····· 310
조혈모세포이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 447
종합병원1인실,2~3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관 ····· 709
종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관 ····· 700

종합병원입원생활비(연간181일이상) 특별약관 ····· 706
주요뇌혈관질환진단비, 주요뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 241
주요산정특례(암제외)치료소득지원수당(월간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 818
주요산정특례치료소득지원수당(월간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 808
주요순환계질환Ⅰ특정치료비(요양병원제외,각연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 554
주요폐질환진단비 특별약관 ····· 288
주요폐질환진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 289
주요허혈성심장질환진단비,주요허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 267
중등도이상자궁경부이형성증진단비,
Lady자궁난소케어패키지(중등도이상자궁경부이형성증진단비)특별약관 ····· 307
중등증Ⅱ순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 552
중등증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 548
중증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 550
중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 661
중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 663
중증질환자(암(4대유사암제외))산정특례대상진단비 특별약관 ····· 218
질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당) 특별약관 ····· 395
질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관 ····· 402
질병50%이상후유장해 특별약관(1,2종) ····· 170
질병80%이상후유장해 특별약관 ····· 172
질병CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 616
질병MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 615
질병사망(암(4대유사암제외)진단후보장강화) 특별약관 ····· 168
질병사망(체증형) 특별약관 ····· 167
질병사망, 질병사망(연만기), 질병사망(갱신형) 특별약관 ····· 167
질병상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 589
질병상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 593
질병상급종합병원수술비 특별약관 ····· 384
질병상급종합병원수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 393
질병상급종합병원수술비(특정10대질병제외) 특별약관 ····· 388
질병상급종합병원수술비(특정9대질병제외) 특별약관 ····· 386
질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 587
질병수술비 특별약관 ····· 363
질병수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 369
질병수술비(특정10대질병제외) 특별약관 ····· 378
질병수술비(특정2대경증질병제외) 특별약관 ····· 365
질병수술비(특정2대경증질병제외,수술1회당) 특별약관 ····· 371
질병수술비(특정4대질병Ⅱ제외) 특별약관 ····· 367
질병수술비(특정5대질병제외) 특별약관 ····· 374
질병수술비(특정9대질병제외) 특별약관 ····· 376
질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 579
질병입원비(1일이상180일한도,임신및출산포함) 특별약관 ····· 581
질병종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 591
질병종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 595
질병종합병원수술비 특별약관 ····· 380
질병종합병원수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 390
질병종합병원수술비(특정9대질병제외) 특별약관 ····· 382

질병중환자실입원비(1일이상10일한도) 특별약관 ····· 585
질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 582
질병중환자실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 584
질병후유장해(3-100%), 질병후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관 ····· 173

(ㅊ)

착상확률개선검사비(PGT-A)(1회한,기혼자용)(갱신형) 특별약관 ····· 626
창상봉합술치료발생금(안면부제외,1일1회,연간3회한,급여) 특별약관 ····· 675
천식진단비 특별약관 ····· 283
추간판장애수술비 특별약관 ····· 669
추간판장애진단비 특별약관 ····· 668
출산육아휴직 보험료 납입유예 특별약관 ····· 1290
출산지원금(세부보장별각1회한),출산지원금(세부보장별각1회한)(갱신형) 특별약관 ···· 622
출산후산후조리원비용(실손)(14일한도)(갱신형) 특별약관 ····· 888
치료에의한폐경진단비 특별약관 ····· 630

(ㅋ)

카메라등이용·촬영성폭력범죄발생금 특별약관 ····· 868
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형),
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한) 특별약관 ····· 503

(ㅌ)

통풍진단비 특별약관 ····· 303
통합갑상선질환진단및치료비 특별약관 ····· 291
통합근골격계질환진단및치료비(갱신형) 특별약관 ····· 801
통합뇌관련질환진단비 특별약관 ····· 665
통합상해진단비Ⅱ(상해부위별연간1회한) 특별약관 ····· 122
통합심장질병진단비 특별약관(3,4,5종) 특별약관 ····· 254
통합심장질병진단비Ⅱ 특별약관(1,2종) ····· 256
통합정신질환및스트레스관련질병진단비(갱신형) 특별약관 ····· 646
특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관 ····· 1284
특정8대기관양성종양및용종(폴립)수술비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 442
특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 564
특정급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 563
특정기간골절(치아파절제외)진단비 특별약관 ····· 125
특정기간상해후유장해(3-100%) 특별약관 ····· 121
특정기간화상진단비 특별약관 ····· 126
특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 570
특정산정특례치료소득지원수당(월간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 826
특정상해성뇌출혈진단비 특별약관 ····· 127
특정생활질환수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 444
특정생활질환입원비(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 600
특정수면검사(수면다원,다중수면잠복기)지원비(연간1회한,급여)(갱신형) 특별약관 ····· 620
특정신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 1277
특정양성뇌종양진단비 특별약관 ····· 253
특정양성종양및용종(폴립)(기타경증질환포함)1-4종수술비(세부보장별각1회한)

특별약관 ····· 440
특정여성생식기탈출치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 574
특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한),
Lady유방케어패키지(특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한))특별약관 ····· 565
특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한),
특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 457
특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한) 특별약관 ····· 530
특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한) 특별약관 ····· 531
특정전염병발생금 특별약관 ····· 363
특정질병종합병원로봇수술비(각연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 650

(ㅍ)

패혈증진단비 특별약관 ····· 286
패혈증진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 287
폐경후골다공증진단비 특별약관 ····· 311
폐렴진단비 특별약관 ····· 284
폐렴진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 285
플러스 보장 연장 특별약관 ····· 1293

(ㅎ)

하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 477
하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 480
하이클래스Ⅲ특정유사암항암방사선치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 479
하이클래스Ⅲ특정유사암항암약물치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 482
행정소송법률비용(실손)(갱신형),
법률비용패키지(행정소송법률비용(실손)(갱신형)) 특별약관 ····· 861
허혈성심장질환수술비(1회한),허혈성심장질환수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 434
허혈성심장질환수술비(수술1회당),허혈성심장질환수술비(수술1회당)(갱신형)
특별약관 ····· 433
허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관 ····· 614
허혈성심장질환진단비(출산후5년보장강화) 특별약관 ····· 260
허혈성심장질환진단비, 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 259
혈전제거치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 558
화상진단비 특별약관 ····· 125
화상진단비(표재성포함2도이상,연간1회한) 특별약관 ····· 126