KB금융그룹 | 국민의 평생 금융파트너

보종 25052, 25053 | 장기상품개발파트 2026년 1월 제작

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험 (무배당)(26.01) 약관

KB손해보험





나를 지키는 똑똑한 선택



KB손해보험이 그린 <GREEN 지구 캠페인>
KB손해보험과 고객이 함께 만들어가는 내일! 종이약관 대신 모바일약관으로 시작하세요.
이 약관은 「금융소비자보호에 관한 법률」에 의거 내부 통제 절차를 거쳐 제공됩니다.

목 차

약관 이용 가이드북 / 요약서

약관 이용 가이드 북 ····· 27

쉽게 이해하는 약관 요약서 ····· 33
Ⅰ. 보험계약의 개요 ····· 34
Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항 ····· 35
Ⅲ. 보험계약의 일반사항 ····· 69

공통사항

보험약관 이해하기 ····· 79
보험용어 해설 ····· 80
주요내용 요약서 ····· 82
가입자 유의사항 ····· 86
자주 발생하는 민원 ····· 91
보험금 지급절차 안내 ····· 93
보험금 청구서류 안내 ····· 97
개인신용정보 제공이용에 대한 고객 권리 안내 ····· 112
고객정보 취급방침 ····· 115

[1종] 해약환급금지급형

보통약관

제 1 절 일반조항 ····· 120

제 1 관 목적 및 용어의 정의 ····· 120
제1조(목적) ····· 120
제2조(용어의 정의) ····· 120

제 2 관 보험금의 지급 ····· 124
제3조(보험금의 지급사유) ····· 124
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 124
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 124
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 125
제7조(보험금의 청구) ····· 125
제8조(보험금의 지급절차) ····· 125
제9조(만기환급금의 지급) ····· 126
제10조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 128
제11조(주소변경통지) ····· 128
제12조(보험수익자의 지정) ····· 128
제13조(대표자의 지정) ····· 129

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 129
제14조(계약 전 알릴 의무) ····· 129
제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 130
제16조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 132
제17조(사기에 의한 계약) ····· 133

제 4 관 보험계약의 성립과 유지 ····· 134
제18조(보험계약의 성립) ····· 134
제19조(청약의 철회) ····· 135
제20조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 137
제21조(계약의 무효) ····· 138
제22조(계약내용의 변경 등) ····· 139
제23조(보험나이 등) ····· 140
제24조(계약의 소멸) ····· 141
제25조(계약의 자동갱신) ····· 142
제26조(자동갱신 적용) ····· 142

제 5 관 보험료의 납입 ····· 144
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 144
제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 145
제29조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 146
제30조(보험료의 자동대출납입) ····· 146
제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 146
제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 147

제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ··148

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ·····149
제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ·····149
제34조의1(위법계약의 해지) ·····149
제35조(중대사유로 인한 해지) ·····150
제36조(회사의 파산선고와 해지) ·····150
제37조(해약환급금) ·····150
제38조(보험계약대출) ·····151
제39조(배당금의 지급) ·····151

제 7 관 지정대리청구에 관한 사항 ·····152
제40조(적용대상) ·····152
제41조(지정대리청구인의 지정) ·····152
제42조(지정대리청구인의 변경지정) ·····152
제43조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구) ·····152
제44조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차) ·····152

제 8 관 분쟁의 조정 등 ·····153
제45조(분쟁의 조정) ·····153
제46조(관할법원) ·····153
제47조(소멸시효) ·····153
제48조(약관의 해석) ·····153
제49조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ·····154
제50조(회사의 손해배상책임) ·····154
제51조(개인정보보호) ·····154
제52조(준거법) ·····155
제53조(예금보험에 의한 지급보장) ·····155

제 2 절 보통약관의 보장 ·····156
1. 일반상해80%이상후유장해 ·····156

특별약관

제 1 장 상해 관련 특별약관
1. 일반상해사망【갱신계약】 ·····160
2. 일반상해후유장해(3~100%)【갱신계약】 ·····161
3. 상해입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】 ·····163

4. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외)【갱신계약】 ……164
5. 골절수술비【갱신계약】 ……165
6. 화상진단비【갱신계약】 ……166
7. 화상수술비【갱신계약】 ……167
8. 상해수술비【갱신계약】 ……169
9. 상해수술비(종합병원)【갱신계약】 ……171
10. 상해수술비(상급종합병원)【갱신계약】 ……173
11. 상해1~5종수술비(매회지급)【갱신계약】 ……176
12. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)【갱신계약】 ……178
13. 상해중환자실입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】 ……179
14. 종합병원상해입원일당(1일이상)【갱신계약】 ……180
15. 상급종합병원상해입원일당(1일이상)【갱신계약】 ……183
16. 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 185
17. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ……188
18. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】 ……191
19. 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외,
1일이상365일한도)【갱신계약】 ……194
20. 상해입원일당(요양/정신/한방병원,
1일이상180일한도)【갱신계약】 ……196
21. 종합병원상해입원일당(상급병실(1인실),
1일이상30일한도)【갱신계약】 ……198
22. 상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실),
1일이상60일한도)【갱신계약】 ……200
23. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외,
1-365일)【갱신계약】 ……202
24. 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외,
181일이상)【갱신계약】 ……206
25. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)【갱신계약】 ……210
26. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)【갱신계약】 ……213
27. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)【갱신계약】 ……216
28. 중대한화상및부식진단비【갱신계약】 ……219
29. 치아파절진단비(연간3회한)【갱신계약】 ……220
30. 기후성질환진단비(연간1회한)【갱신계약】 ……221
31. 독액성동물접촉중독진단비(연간1회한)【갱신계약】 ……222
32. 종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)【갱신계약】 …224
33. 상급종합병원상해입원일당(2-3인실,
1일이상60일한도)【갱신계약】 ……226
34. 상해흉터복원수술비【갱신계약】 ……228

35. 상해흉터복원수술비 II (안면부) 【갱신계약】 ·····230
36. 일반상해후유장해(20~100%) 【갱신계약】 ·····232
37. 5대골절진단비 【갱신계약】 ·····233
38. 5대골절수술비 【갱신계약】 ·····234
39. 외상성특정뇌손상 진단비 【갱신계약】 ·····236
40. 외상성특정장기손상 진단비 【갱신계약】 ·····237
41. 외상성특정뇌출혈 진단비 【갱신계약】 ·····238

제 2 장 질병 관련 특별약관

1. 질병사망 【갱신계약】 ·····240
2. 질병80%이상후유장해 【갱신계약】 ·····241
3. 질병후유장해(3~100%) 【갱신계약】 ·····242
4. 질병입원일당(1일이상) 【갱신계약】 ·····243
5. 암진단비(유사암제외) 【갱신계약】 ·····245
6. 유사암진단비 【갱신계약】 ·····249
7. 암수술비(유사암제외) 【갱신계약】 ·····251
8. 암수술비(유사암제외)(최초1회한) 【갱신계약】 ·····254
9. 유사암수술비 【갱신계약】 ·····258
10. 암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) 【갱신계약】 ···260
11. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도) 【갱신계약】 ·····265
12. 10대고액치료비암진단비 【갱신계약】 ·····269
13. 항암방사선치료비 【갱신계약】 ·····271
14. 항암약물치료비 【갱신계약】 ·····274
15. 뇌졸중진단비 【갱신계약】 ·····277
16. 뇌출혈진단비 【갱신계약】 ·····279
17. 급성심근경색증진단비 【갱신계약】 ·····280
18. 질병수술비 【갱신계약】 ·····282
19. 116대질병수술비 ·····285
19-1. 116대질병수술비 I 【갱신계약】 ·····285
19-2. 116대질병수술비 II 【갱신계약】 ·····287
19-3. 116대질병수술비 III 【갱신계약】 ·····290
19-4. 116대질병수술비 IV 【갱신계약】 ·····293
19-5. 116대질병수술비 V 【갱신계약】 ·····297
19-6. 116대질병수술비 VI 【갱신계약】 ·····298
20. 뇌혈관질환진단비 【갱신계약】 ·····300
21. 허혈성심장질환진단비 【갱신계약】 ·····302
22. 뇌혈관질환수술비 【갱신계약】 ·····304
23. 허혈성심장질환수술비 【갱신계약】 ·····306

24. 중증갑상선암진단비【갱신계약】 ……308
25. 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)【갱신계약】 ……311
27. 심근병증진단비【갱신계약】 ……321
28. 뇌전증진단비【갱신계약】 ……323
30. 항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선,음경,고환)암)【갱신계약】 ……327
31. 항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암)【갱신계약】 ……330
32. 심장질환(특정Ⅰ)진단비【갱신계약】 ……333
33. 심장질환(특정Ⅱ)진단비【갱신계약】 ……334
34. 부정맥질환(I49)진단비【갱신계약】 ……336
35. 양성뇌종양진단비【갱신계약】 ……337
37. 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)【갱신계약】 ……346
38. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)【갱신계약】 ……349
39. 심장판막협착증(대동맥판막)진단비【갱신계약】 ……351
40. 갑상선암(초기제외)진단비【갱신계약】 ……353
41. 요로결석진단비【갱신계약】 ……355
42. 대상포진진단비【갱신계약】 ……356
43. 대상포진눈병진단비【갱신계약】 ……357
44. 에크모치료비(체외순환막 형산화요법)(급여,연간1회한)【갱신계약】 ……359
45. 크론병및궤양성대장염진단비【갱신계약】 ……362
46. 심장부정맥 고주파·냉각절제술 보장(급여,연간1회한)【갱신계약】 ……364
47. 통풍진단비【갱신계약】 ……366
48. 중대한심혈관수술비(최초1회한)【갱신계약】 ……367
49. 중대한재생불량성빈혈진단비【갱신계약】 ……368
50. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비【갱신계약】 ……370
50-1. 전이암진단비【갱신계약】 ……370
50-2. 특정암Ⅱ진단비【갱신계약】 ……373
51. 요실금수술비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 ……376
52. 자궁적출수술비(여성생식기의 암·제자리암)【갱신계약】 ……378
53. 질병수술비(종합병원)【갱신계약】 ……380
54. 질병수술비(상급종합병원)【갱신계약】 ……383
55. 질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급)【갱신계약】 ……387
56. 질병수술비(백내장제외)【갱신계약】 ……391
59. 특정법정감염병진단비【갱신계약】 ……402
60. 녹내장진단비【갱신계약】 ……404

61. 급성신우신염진단비【갱신계약】 ……405
62. 간경변증진단비【갱신계약】 ……406
64. 암직접치료통원일당【갱신계약】 ……412
65. 암직접치료통원일당(종합병원)【갱신계약】 ……416
66. 암직접치료통원일당(상급종합병원)【갱신계약】 ……421
67. 특정바이러스질환진단비【갱신계약】 ……425
70. 6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)
(감액있음)【갱신계약】 ……431
71. 위·십이지장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)【갱신계약】 …434
72. 대장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)【갱신계약】 ……436
73. 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 ……438
75. 유방암으로인한유방수술비【갱신계약】 ……451
76. 심장질환수술비【갱신계약】 ……455
77. 질병중환자실입원일당(1일이상)【갱신계약】 ……457
78. 종합병원질병입원일당(1일이상)【갱신계약】 ……459
79. 상급종합병원질병입원일당(1일이상)【갱신계약】 ……462
80. 뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】 ……464
81. 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)
(감액있음)【갱신계약】 ……467
82. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)
(감액있음)【갱신계약】 ……470
83. 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)【갱신계약】 ……473
84. 뇌혈관질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】 …475
85. 허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】 …477
86. 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)
(감액있음)【갱신계약】 ……480
87. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)
(감액있음)【갱신계약】 ……483
88. 허혈성심장질환입원일당(1일이상180일한도)【갱신계약】 ……486
89. 허혈성심장질환입원일당(요양제외,
1일이상180일한도)【갱신계약】 ……488
90. 뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)【갱신계약】 …490
91. 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 494
92. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ……497
93. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)【갱신계약】 ……501
94. 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외,
1일이상365일한도)【갱신계약】 ……505
95. 질병입원일당(요양/정신/한방병원,

1일이상180일한도)【갱신계약】 ·····508
96. 종합병원질병입원일당(상급병실(1인실),
1일이상30일한도)【갱신계약】 ·····510
97. 상급종합병원질병입원일당(상급병실(1인실),
1일이상60일한도)【갱신계약】 ·····513
98. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외,
1-365일)【갱신계약】 ·····516
99. 간병인사용 질병입원일당II(요양/정신/한방병원제외,
181일이상)【갱신계약】 ·····521
100. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)【갱신계약】 ·····526
101. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)【갱신계약】 ·····529
102. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)【갱신계약】 ·····531
103. 조혈모세포이식수술비【갱신계약】 ·····533
104. 기계적혈전제거술(카테터법)치료비II(급여,
연간1회한)【갱신계약】 ·····535
105. 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년,
연간1회한)(감액있음)【갱신계약】 ·····538
106. 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년,
연간1회한)【갱신계약】 ·····546
107. 종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)【갱신계약】 ··552
108. 상급종합병원질병입원일당(2-3인실,
1일이상60일한도)【갱신계약】 ·····555
109. 만성당뇨합병증진단비【갱신계약】 ·····558
110. 충수염(맹장염)수술비【갱신계약】 ·····560
111. 갑상선기능항진증치료비【갱신계약】 ·····562
112. 갑상선바늘생검조직병리진단비 (연간1회한,
90일면책)【갱신계약】 ·····564
113. 특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)
(최초1회한)(감액있음)【갱신계약】 ·····567
114. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년,
연간1회한)(감액있음)【갱신계약】 ·····571
115. 신특정순환계질환진단비【갱신계약】 ·····576
116. 신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년,
연간1회한)【갱신계약】 ·····578
117. 고혈압(원발성)대상질병진단비【갱신계약】 ·····586
118. 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비【갱신계약】 ·····590
119. 전립선바늘생검조직병리진단비 (연간1회한,
90일면책)【갱신계약】 ·····594

120. 유방바늘생검조직병리진단비(급여,
연간1회한,90일면책)【갱신계약】 ·····596
121. 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,
90일면책)【갱신계약】 ·····599
122. 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,
90일면책)【갱신계약】 ·····602
123. 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비II(진단후 10년,
연간1회한)(감액있음)【갱신계약】 ·····604
124. 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비II(진단후 10년,
연간1회한)【갱신계약】 ·····612

제3장 상해 및 질병 관련 특별약관

1. 깁스치료비【갱신계약】 ·····728
2. 경증이상치매진단비【갱신계약】 ·····729
3. 중등도이상치매진단비【갱신계약】 ·····731
4. 중증치매진단비【갱신계약】 ·····734
5. 신인공관절치환수술비(최초1회한)【갱신계약】 ·····736
6. 응급실내원비(응급)【갱신계약】 ·····738
8. 5대장기이식수술비【갱신계약】 ·····743
9. 각막이식수술비【갱신계약】 ·····745

제4장 간병 관련 특별약관

1. 장기요양간병비(1급)【갱신계약】 ·····750
2. 장기요양간병비(1~2급)【갱신계약】 ·····752
3. 장기요양간병비(1~3급)【갱신계약】 ·····755
4. 장기요양간병비(1~4급)【갱신계약】 ·····758

제5장 비용손해 관련 특별약관

비용손해 일반조항 ·····782
1. 의료사고법률비용【갱신계약】 ·····762

제6장 배상책임 관련 특별약관

배상책임 일반조항 ·····786
1. 가족일상생활중배상책임IV【갱신계약】 ·····796
2. 가족일상생활중배상책임IV(누수사고 제외)【갱신계약】 ·····803

제7장 치매 관련 특별약관

1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매 · 경증알츠하이머치매)
(최초1회한)【갱신계약】 ·····792

2. 표적치매약물허가치료비(최경증치매 · 경증알츠하이머치매)
(7회이상, 최초1회한)【갱신계약】 ·····798
3. 표적치매약물허가치료비(최경증치매•경증알츠하이머치매)
(14회이상, 최초1회한)【갱신계약】 ·····804
4. 치매 MRI · CT · PET검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 ·····811
5. 치매 CDR척도검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 ·····813
6. 파킨슨병진단비【갱신계약】 ·····817

제도성 특별약관

제 8 장 제도성 특별약관

1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 ·····822
2. 선지급서비스 ·····823
3. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 ·····825
4. 보험료 자동납입 ·····829
가. 초회보험료자동납입 추가 ·····829
5. 전자서명 ·····830
6. 특별조건부 (표준하체 인수) ·····831
7. 장애인전용보험전환 ·····832
8. 보장특약 자동갱신(추가납입형) ·····836

[2종] 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)

보통약관

제 1 절 일반조항 ····· 120

제 1 관 목적 및 용어의 정의 ····· 120
제1조(목적) ····· 120
제2조(용어의 정의) ····· 120

제 2 관 보험금의 지급 ····· 124
제3조(보험금의 지급사유) ····· 124
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 124
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 124
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 125
제7조(보험금의 청구) ····· 125
제8조(보험금의 지급절차) ····· 125
제9조(만기환급금의 지급) ····· 126
제10조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 128
제11조(주소변경통지) ····· 128
제12조(보험수익자의 지정) ····· 128
제13조(대표자의 지정) ····· 129

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 129
제14조(계약 전 알릴 의무) ····· 129
제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 130
제16조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 132
제17조(사기에 의한 계약) ····· 133

제 4 관 보험계약의 성립과 유지 ····· 134
제18조(보험계약의 성립) ····· 134
제19조(청약의 철회) ····· 135
제20조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 137
제21조(계약의 무효) ····· 138
제22조(계약내용의 변경 등) ····· 139
제23조(보험나이 등) ····· 140
제24조(계약의 소멸) ····· 141
제25조(계약의 자동갱신) ····· 142
제26조(자동갱신 적용) ····· 142

제 5 관 보험료의 납입 ····144
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····144
제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····145
제29조(제2회 이후 보험료의 납입) ····146
제30조(보험료의 자동대출납입) ····146
제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 146
제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····147
제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ··148

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····149
제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····149
제34조의1(위법계약의 해지) ····149
제35조(중대사유로 인한 해지) ····150
제36조(회사의 파산선고와 해지) ····150
제37조(해약환급금) ····150
제38조(보험계약대출) ····151
제39조(배당금의 지급) ····151

제 7 관 지정대리청구에 관한 사항 ····152
제40조(적용대상) ····152
제41조(지정대리청구인의 지정) ····152
제42조(지정대리청구인의 변경지정) ····152
제43조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구) ····152
제44조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차) ····152

제 8 관 분쟁의 조정 등 ····153
제45조(분쟁의 조정) ····153
제46조(관할법원) ····153
제47조(소멸시효) ····153
제48조(약관의 해석) ····153
제49조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····154
제50조(회사의 손해배상책임) ····154
제51조(개인정보보호) ····154
제52조(준거법) ····155
제53조(예금보험에 의한 지급보장) ····155

제 2 절 보통약관의 보장 ·····156
1. 일반상해80%이상후유장해 ·····156

특별약관

제 1 장 상해 관련 특별약관

1. 일반상해사망 ·····160
2. 일반상해후유장해(3~100%) ·····161
3. 상해입원일당(1일이상)II ·····163
4. 골절진단비II(치아파절제외) ·····164
5. 골절수술비 ·····165
6. 화상진단비 ·····166
7. 화상수술비 ·····167
8. 상해수술비 ·····169
9. 상해수술비(종합병원) ·····171
10. 상해수술비(상급종합병원) ·····173
11. 상해1~5종수술비(매회지급) ·····176
12. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한) ·····178
13. 상해중환자실입원일당(1일이상)II ·····179
14. 종합병원상해입원일당(1일이상) ·····180
15. 상급종합병원상해입원일당(1일이상) ·····183
16. 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일) ·····185
17. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원) ·····188
18. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일) ·····191
19. 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도) ·····194
20. 상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도) ·····196
21. 종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도) ·····198
22. 상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도) ···200
23. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일) ·····202
24. 간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ·····206
25. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) ·····210
26. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한) ·····213
27. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한) ·····216
28. 중대한화상및부식진단비 ·····219

29. 치아파절진단비(연간3회한) ·····220
30. 기후성질환진단비(연간1회한) ·····221
31. 독액성동물접촉중독진단비(연간1회한) ·····222
32. 종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도) ·····224
33. 상급종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도) ·····226
34. 상해흉터복원수술비 ·····228
35. 상해흉터복원수술비II(안면부) ·····230
36. 일반상해후유장해(20~100%) ·····232
37. 5대골절진단비 ·····233
38. 5대골절수술비 ·····234
39. 외상성특정뇌손상 진단비 ·····236
40. 외상성특정장기손상 진단비 ·····237
41. 외상성특정뇌출혈 진단비 ·····238

제2장 질병 관련 특별약관

1. 질병사망 ·····240
2. 질병80%이상후유장해 ·····241
3. 질병후유장해(3~100%) ·····242
4. 질병입원일당(1일이상) ·····243
5. 암진단비(유사암제외) ·····245
6. 유사암진단비 ·····249
7. 암수술비(유사암제외) ·····251
8. 암수술비(유사암제외)(최초1회한) ·····254
9. 유사암수술비 ·····258
10. 암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ·····260
11. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도) ·····265
12. 10대고액치료비암진단비 ·····269
13. 항암방사선치료비 ·····271
14. 항암약물치료비 ·····274
15. 뇌졸중진단비 ·····277
16. 뇌출혈진단비 ·····279
17. 급성심근경색증진단비 ·····280
18. 질병수술비 ·····282
19. 116대질병수술비 ·····285
19-1. 116대질병수술비 I ·····285
19-2. 116대질병수술비 II ·····287
19-3. 116대질병수술비III ·····290
19-4. 116대질병수술비IV ·····293

19-5. 116대질병수술비Ⅴ ……297
19-6. 116대질병수술비Ⅵ ……298
20. 뇌혈관질환진단비 ……300
21. 허혈성심장질환진단비 ……302
22. 뇌혈관질환수술비 ……304
23. 허혈성심장질환수술비 ……306
24. 중증갑상선암진단비 ……308
25. 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급) ……311
27. 심근병증진단비 ……321
28. 뇌전증진단비 ……323
30. 항암방사선치료비(남성생식기관련 (전립선,음경,고환)암) ……327
31. 항암방사선치료비(여성생식기관련 (자궁,난소,외음,질,태반)암) ‥330
32. 심장질환(특정Ⅰ)진단비 ……333
33. 심장질환(특정Ⅱ)진단비 ……334
34. 부정맥질환(I49)진단비 ……336
35. 양성뇌종양진단비 ……337
37. 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한) ……346
38. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한) ……348
39. 심장판막협착증(대동맥판막)진단비 ……351
40. 갑상선암(초기제외)진단비 ……353
41. 요로결석진단비 ……355
42. 대상포진진단비 ……356
43. 대상포진눈병진단비 ……357
44. 에크모치료비(체외순환막 형산화요법)(급여, 연간1회한) ……359
45. 크론병및궤양성대장염진단비 ……362
46. 심장부정맥 고주파·냉각절제술 보장(급여, 연간1회한) ……364
47. 통풍진단비 ……366
48. 중대한심혈관수술비(최초1회한) ……367
49. 중대한재생불량성빈혈진단비 ……368
50. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비 ……370
50-1. 전이암진단비 ……370
50-2. 특정암Ⅱ진단비 ……373
51. 요실금수술비(급여, 연간1회한) ……376
52. 자궁적출수술비(여성생식기의 암·제자리암) ……378
53. 질병수술비(종합병원) ……380
54. 질병수술비(상급종합병원) ……383
55. 질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급) ……387
56. 질병수술비(백내장제외) ……391

59. 특정법정감염병진단비 ……402
60. 녹내장진단비 ……404
61. 급성신우신염진단비 ……405
62. 간경변증진단비 ……406
64. 암직접치료통원일당 ……412
65. 암직접치료통원일당(종합병원) ……416
66. 암직접치료통원일당(상급종합병원) ……421
67. 특정바이러스질환진단비 ……425
70. 6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)(감액있음) ……431
71. 위·십이지장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한) ……434
72. 대장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한) ……436
73. 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한) ……438
75. 유방암으로인한유방수술비 ……451
76. 심장질환수술비 ……455
77. 질병중환자실입원일당(1일이상) ……457
78. 종합병원질병입원일당(1일이상) ……459
79. 상급종합병원질병입원일당(1일이상) ……462
80. 뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)(감액있음) ……464
81. 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음) ……467
82. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음) ……470
83. 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도) ……473
84. 뇌혈관질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ……475
85. 허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)(감액있음) ……477
86. 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음) ……480
87. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음) 483
88. 허혈성심장질환입원일당(1일이상180일한도) ……486
89. 허혈성심장질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ……488
90. 뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한) ……490
91. 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일) ……494
92. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원) ……497
93. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일) ……501
94. 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도) ……505
95. 질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도) ……508
96. 종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도) ……510
97. 상급종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도) …513
98. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일) ……516
99. 간병인사용 질병입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 521

100. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) ……526
101. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한) ……529
102. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한) ……531
103. 조혈모세포이식수술비 ……533
104. 기계적혈전제거술(카테터법)치료비II(급여, 연간1회한) ……535
105. 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음) ……538
106. 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한) …546
107. 종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도) ……552
108. 상급종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도) ……555
109. 만성당뇨합병증진단비 ……558
110. 충수염(맹장염)수술비 ……560
111. 갑상선기능항진증치료비 ……562
112. 갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한,90일면책) ……564
113. 특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음) ……567
114. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음) ……571
115. 신특정순환계질환진단비 ……576
116. 신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년, 연간1회한) ……578
117. 고혈압(원발성)대상질병진단비 ……586
118. 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비 ……590
119. 전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한,90일면책) ……594
120. 유방바늘생검조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책) ……596
121. 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책) ……599
122. 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책) ……602
123. 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비II(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음) ……604
124. 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비II(진단후 10년, 연간1회한) 612
125. 항암중입자방사선치료비(최초1회한)【갱신계약】 ……618
126. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)II【갱신계약】 ……622
127. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)II【갱신계약】 ……629
128. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)II【갱신계약】 ……635
129. 암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)【갱신계약】 ……642
130. 기타피부암,갑상선암 치료비지원【갱신계약】 ……645
131. 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원【갱신계약】 ……646
132. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료

포함형)【갱신계약】 ·····648
133. 유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 포함형)【갱신계약】 ·····656
134. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)【갱신계약】 ·····664
135. 유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)【갱신계약】 ·····672
136. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 일부지급형)【갱신계약】 ·····679
137. 유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 일부지급형)【갱신계약】 ·····687
138. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (종합병원)【갱신계약】 ·····695
139. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (종합병원)【갱신계약】 ·····704
140. 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】 ·····721

제3장 상해 및 질병 관련 특별약관
1. 깁스치료비 ·····728
2. 경증이상치매진단비 ·····729
3. 중등도이상치매진단비 ·····731
4. 중증치매진단비 ·····734
5. 신인공관절치환수술비(최초1회한) ·····736
6. 응급실내원비(응급) ·····738
8. 5대장기이식수술비 ·····743
9. 각막이식수술비 ·····745

제4장 간병 관련 특별약관
1. 장기요양간병비(1급) ·····750
2. 장기요양간병비(1~2급) ·····752
3. 장기요양간병비(1~3급) ·····755
4. 장기요양간병비(1~4급) ·····758

제5장 비용손해 관련 특별약관
비용손해 일반조항 ·····762
1. 의료사고법률비용 ·····762

제6장 배상책임 관련 특별약관
배상책임 일반조항 ·····786

1. 가족일상생활중배상책임IV【갱신계약】 ·····796
2. 가족일상생활중배상책임IV(누수사고 제외)【갱신계약】 ·····803

제도성 특별약관

제 7 장 제도성 특별약관

1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 ·····822
2. 선지급서비스 ·····823
3. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 ·····825
4. 보험료 자동납입 ·····829
   가. 초회보험료자동납입 추가 ·····829
5. 전자서명 ·····830
6. 특별조건부 (표준하체 인수) ·····831
7. 장애인전용보험전환 ·····832
8. 보장특약 자동갱신(추가납입형) ·····836

별표

【별표1】 장해분류표 ····· 840
【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 869
【별표3】 골절분류표II(치아파절제외) ····· 871
【별표4】 골절분류표 ····· 872
【별표5】 화상분류표 ····· 872
【별표6】 3대특정암 분류표 ····· 874
【별표7】 악성신생물(암) 분류표 ····· 874
【별표8】 제자리 신생물 분류표 ····· 875
【별표9】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 876
【별표10】 10대고액치료비암 분류표 ····· 877
【별표11】 뇌졸중 분류표 ····· 878
【별표12】 뇌출혈 분류표 ····· 879
【별표13】 급성심근경색증 분류표 ····· 880
【별표14】 뇌혈관질환 분류표 ····· 880
【별표15】 허혈성심장질환 분류표 ····· 881
【별표16】 특정소액암 분류표 ····· 881
【별표17】 116대질병 분류표 ····· 882
【별표17-1】 15대질병 분류표 ····· 882
【별표17-2】 23대질병 분류표 ····· 884
【별표17-3】 22대질병 분류표 ····· 888
【별표17-4】 49대질병 분류표 ····· 890
【별표17-5】 백내장 분류표 ····· 895
【별표17-6】 6대질병 분류표 ····· 896
【별표18】 림프종 · 백혈병 관련암 분류표 ····· 896
【별표19】 특정 신체부위 · 질병 분류표III ····· 897
【별표19-1】 특정 신체부위 분류표III ····· 897
【별표19-2】 특정 질병 분류표III ····· 899
【별표20】 신표적항암약물허가치료비 분류표 ····· 900
【별표20-1】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 900
【별표20-2】 갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 910
【별표20-3】 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 911
【별표21】 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실 ····· 912
【별표22】 위 · 십이지장 양성종양 및 용종 분류표 ····· 913
【별표23】 대장 양성종양 및 용종 분류표 ····· 915
【별표24】 특정법정감염병 분류표 ····· 915

【별표24-1】 감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관 ·····916
【별표25】 여성생식기암 분류표 ·····917
【별표26】 유방수술 분류표 ·····918
【별표27】 유방암 분류표 ·····918
【별표28】 요실금 분류표 ·····919
【별표29】 요실금수술 분류표 ·····919
【별표30】 치아파절 분류표 ·····920
【별표31】 중대한심혈관수술 ·····921
【별표32】 통풍 분류표 ·····922
【별표33】 요로결석 분류표 ·····923
【별표34】 1~5종수술II 분류표 ·····923
【별표34-1】 1~5종수술III 분류표 ·····932
【별표35】 여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암 분류표 ·····941
【별표36】 6대기관 양성종양 및 용종 분류표 ·····943
【별표37】 6대기관 양성종양 및 용종 수술 분류표 ·····944
【별표38】 대상포진 분류표 ·····946
【별표39】 대상포진눈병 분류표 ·····946
【별표40】 특정바이러스질환 분류표 ·····947
【별표41】 신경차단 · 파괴술 분류표 ·····947
【별표42】 심근병증 분류표 ·····950
【별표43】 뇌전증 분류표 ·····950
【별표44】 2대질환 분류표 ·····951
【별표45】 2대질환 검사 분류표 ·····953
【별표46】 2대질환 혈관조영술 분류표 ·····958
【별표47】 독감(인플루엔자) 분류표 ·····959
【별표48】 간경변증 분류표 ·····959
【별표49】 녹내장 분류표 ·····960
【별표50】 심장판막협착증(대동맥판막) 분류표 ·····961
【별표51】 심장질환(특정 I) 분류표 ·····961
【별표52】 심장질환(특정II) 분류표 ·····962
【별표53】 심장질환 분류표 ·····963
【별표54】 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 분류표 ·····964
【별표55】 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암 분류표 ·····965
【별표56】 다빈치로봇 암수술 분류표 ·····965
【별표57】 고강도초음파집속술(HIFU) 분류표 ·····966
【별표58】 급성신우신염 분류표 ·····966
【별표59】 특정유방질환 분류표 ·····966

【별표60】 자궁근종 및 자궁선근증 분류표 ……967
【별표61】 부정맥질환(I49) 분류표 ……967
【별표62】 카티치료제 해당 의약품명 및 성분명 분류표 ……968
【별표63】 에크모치료(체외순환막 형산화요법) 분류표 ……969
【별표64】 특정심장질환 분류표 ……969
【별표65】 이차성암 분류표 ……970
【별표66】 특정암II 분류표 ……970
【별표67】 특정순환계질환 분류표 ……971
【별표68】 뇌·심혈관특정질환 분류표 ……972
【별표69】 뇌·심특정재활치료(급여) 분류표 ……973
【별표70】 기후성질환(온열질환) 분류표 ……974
【별표71】 기후성질환(저체온질환) 분류표 ……975
【별표72】 독액성동물접촉중독 분류표 ……975
【별표73】 기계적혈전제거술(카테터법) 분류표 ……976
【별표74】 5대골절분류표 ……977
【별표75】 외상성특정뇌손상 분류표 ……977
【별표76】 외상성특정장기손상 분류표 ……978
【별표77】 골다공증 분류표 ……979
【별표78】 만성당뇨합병증 분류표 ……979
【별표79】 충수염(맹장염) 분류표 ……981
【별표80】 특정 양성종양(기타 경증질환 포함) 분류표 ……981
【별표80-1】 특정 양성종양I(24대, 기타 경증질환 포함) 분류표 ……981
【별표80-2】 특정 양성종양II(33대, 기타 경증질환 포함) 분류표 ……982
【별표80-3】 특정 양성종양III(5대, 기타 경증질환 포함) 분류표 ……984
【별표80-4】 특정 양성종양IV(6대, 기타 경증질환 포함) 분류표 ……985
【별표81】 2대질병(뇌혈관질환, 심장질환) 분류표 ……986
【별표81-1】 2대질병(뇌혈관질환) 분류표 ……986
【별표81-2】 2대질병(심장질환) 분류표 ……987
【별표82】 신특정순환계질환 분류표 ……988
【별표83】 고혈압(원발성) 분류표 ……990
【별표84】 이상지질혈증(고지혈증포함) 분류표 ……991
【별표85】 특정급여치료 분류표 ……992
【별표86】 외상성특정뇌출혈 분류표 ……997
【별표87】 유방 바늘생검 조직병리진단 분류표 ……997
【별표88】 심부 바늘생검 조직병리진단 분류표 ……998
【별표89】 자궁 생검 조직병리진단 분류표 ……998
【별표90】 알츠하이머치매 분류표 ……998

【별표91】 치매 분류표 ·····999
【별표92】 치매CDR척도검사 분류표 ·····1000
【별표93】 파킨슨병 분류표 ·····1000
【별표94】 전이암 II 분류표 ·····1000

약관에서 인용된 법 · 규정

【법규 1】 개인정보 보호법 ····· 1002
【법규 2】 개인정보 보호법 시행령 ····· 1005
【법규 3】 상법 시행령 ····· 1006
【법규 4】 국민건강보험법 ····· 1006
【법규 5】 금융소비자 보호에 관한 법률 ····· 1007
【법규 6】 도로교통법 ····· 1012
【법규 7】 민법 ····· 1014
【법규 8】 상법 ····· 1015
【법규 9】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 ····· 1015
【법규 10】 의료법 ····· 1020
【법규 11】 의료법 시행규칙 ····· 1026
【법규 12】 자동차관리법 시행규칙 ····· 1027
【법규 13】 응급의료에 관한 법률 ····· 1030
【법규 14】 전자서명법 ····· 1031
【법규 15】 형법 ····· 1032
【법규 16】 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 ····· 1033
【법규 17】 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 ····· 1034
【법규 18】 장애인복지법 ····· 1034
【법규 19】 장애인복지법 시행령 ····· 1035
【법규 20】 장애인복지법 시행규칙 ····· 1035
【법규 21】 노인장기요양보험법 시행령 ····· 1036
【법규 22】 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 ····· 1036
【법규 23】 산업재해보상보험법 시행규칙 ····· 1041
【법규 24】 응급의료에 관한 법률 시행규칙 ····· 1041

특별약관 색인 ····· 1043

약관 이용 가이드 북

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book

※ 同Guide Book은 보험약관의 개념 및 구성 등을 간략하게
소개하고, 소비자 입장에서 약관 주요내용 등을 쉽게 찾고
이해할 수 있는 방법을 안내하는 것을 목적으로 함

KB 손해보험

01 보험약관이란?

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

02 한 눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 지침서
쉽게 이해하는 약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단 요약한 약관
보통약관 및 특별약관	보통약관 : 기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관 특별약관 : 보통약관에 정한 사항 외에 선택하여 가입한 보장내용 등의 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 및 색인 등	약관의 이해를 돕기 위한 어려운 보험용어의 해설, 가나다 順 특약 색인, 관련 법규 등을 소비자에게 안내

03 QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관 해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점

04 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문, 쪽수 및 영상자료** 등을 안내드리오니, 보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인 · 숙지**하시기 바랍니다.

영상자료	**❶ 보험금 지급 및 지급제한 사항** 제3조 (보험금의 지급사유) 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유) ※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 [보험금 지급사유 및 미지급사유]도 반드시 확인할 필요	P122 P122
영상자료	**❷ 청약 철회** 제19조 (청약의 철회)	P133
영상자료	**❸ 계약 취소** 제20조 (약관교부 및 설명의무 등)	P135
영상자료	**❹ 계약 무효** 제21조 (계약의 무효)	P136
영상자료	**❺ 계약 前 알릴 의무 및 위반효과** 제14조 (계약 전 알릴 의무) 제16조 (알릴 의무 위반의 효과)	P127 P130

영상자료	❻ 계약 後 알릴 의무 및 위반효과 제15조 (상해보험계약 후 알릴 의무) 제16조 (알릴 의무 위반의 효과)	P128 P130
영상자료	❼ 보험료 연체 및 해지 제31조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지))	P144
영상자료	❽ 부활(효력회복) 제32조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	P145
영상자료	❾ 해약환급금 제34조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 제37조 (해약환급금)	P147 P148
영상자료	❿ 보험계약대출 제38조 (보험계약대출)	P149

05 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

01	시각화된 **'약관요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	약관 요약서 P35
02	**'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	핵심 체크항목 P29
03	**'가나다 順 특약 색인(索引)'**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. ※ 주 계약에 부가된 **특약**은 자유롭게 **선택, 가입**(의무특약 제외)할 수 있고 **가입한 특약**에 한해 **보장**받을 수 있음	특약 색인 P1021
04	약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	용어 해설 P78
05	스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.	QR코드 P30
06	**'약관에서 인용된 법·규정'** 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	관련법규 P980
07	약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.	

06 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.kbinsure.co.kr), 고객 콜센터(1544-0114)로 문의 가능

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

쉽게 이해하는

약관 요약서

이 요약서는 그림 · 도표 · 아이콘 · 삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로
보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.
보다 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**

※ 이 요약서의 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을** 받을 수 있으므로, **同 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를** 결정하시기 바랍니다.

KB 손해보험

Ⅰ. 보험계약의 개요

보험회사명	보험상품명	보험상품의 종목
KB손해보험	KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01)	건강보험

01 상품의 주요 특징

◎ 이 상품은 상해, 질병, 배상책임 등 다양한 담보를 종합적으로 가입할 수 있는 상품입니다.
◎ 이 상품은 1종(해약환급금지급형), 2종(표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후))로 구성되어 있습니다.



02 '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01)

❶ 무배당
계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

❷ 건강보험
상해, 질병으로 인한 진단·입원·수술 등의 위험을 보장하는 상품입니다.

❸ 갱신계약
보험계약 갱신 시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있습니다.

❹ 다이렉트
인터넷을 통하여 가입 가능한 상품이며, 대면 상품 대비 사업비가 절감되어 보험료가 저렴합니다.

보장성보험
(사망, 상해, 질병 등)

보험료갱신형



예금자 보호

해약환급금 0원
※ (납입기간 중 해지 시,2종에 한함(일부 특별약관 제외))

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01 보험금 지급제한사항

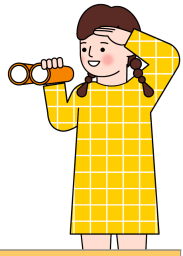
주의

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

면책기간

면책기간
보험금
미지급

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



☑ **면책기간 적용 담보**

담보명	면책기간
암진단비(유사암제외)/ 암진단비(유사암제외)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
항암방사선치료비/ 항암방사선치료비【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
항암약물치료비/ 항암약물치료비【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
암수술비(유사암제외)/ 암수술비(유사암제외)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
암수술비(유사암제외)(최초1회한)/ 암수술비(유사암제외)(최초1회한) 【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
암요양병원입원일당 (1일이상90일한도)/ 암요양병원입원일당 (1일이상90일한도)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외(단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)

담보명	면책기간
10대고액치료비암진단비/ 10대고액치료비암진단비【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
암직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)/ 암직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외(단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
요로결석진단비/ 요로결석진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보장 제외
암직접치료통원일당/ 암직접치료통원일당【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외(단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
암직접치료통원일당(종합병원)/ 암직접치료통원일당(종합병원)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외(단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
암직접치료통원일당(상급종합병원)/ 암직접치료통원일당(상급종합병원)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외(단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
유방암으로인한유방수술비/ 유방암으로인한유방수술비【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
유방병변초음파유도진공보조절제치료비(연간1회한,90일면책)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
중증갑상선암진단비/ 중증갑상선암진단비【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
암특정통증완화치료비 (급여, 연간1회한)/ 암특정통증완화치료비 (급여, 연간1회한)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)(감액있음) 【갱신계약】	가입 후 10일간 보장 제외
표적항암방사선치료비 (최초1회한)Ⅱ【갱신계약】	• 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선) (최초1회한)Ⅱ【갱신계약】 : 가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)
	• 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선) (최초1회한)Ⅱ【갱신계약】 : 가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)
다빈치로봇 암수술비(최초1회한) 【갱신계약】	• 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)【갱신계약】 : 가입후 90일간 보장 제외
	• 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비 (최초1회한)【갱신계약】 : 가입후 90일간 보장 제외
자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비【갱신계약】	• 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술 (HIFU)치료비(최초1회한,90일면책)【갱신계약】 : 가입 후 90일간 보장 제외
	• 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술 (HIFU)치료비(연간1회한,90일면책)【갱신계약】 : 가입 후 90일간 보장 제외
전이암진단비/ 전이암진단비【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
특정암Ⅱ진단비/ 특정암Ⅱ진단비【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
경증이상치매진단비/ 경증이상치매진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보장 제외(단, 상해는 제외)
중등도이상치매진단비/ 중등도이상치매진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보장 제외(단, 상해는 제외)
항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선,음경,고환)암)/ 항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선,음경,고환)암)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암)/ 항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한,90일면책)/ 갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한,90일면책)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한, 90일면책)/ 전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한, 90일면책)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
유방바늘생검조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)/ 유방바늘생검조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)/ 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)/ 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)(갑액있음)/ 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)(갑액있음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
항암중입자방사선치료비(최초1회한) 【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 누수 이외의 사고는 제외)
표적항암약물허가치료비(최초1회한)Ⅱ 【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)
비급여 표적항암약물허가치료비 (최초1회한)Ⅱ【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)
암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)【갱신계약】/ 암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)	가입 후 90일간 보장 제외
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원) 【갱신계약】/ 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)	가입 후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)【갱신계약】/ 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)	가입 후 90일간 보장 제외
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)【갱신계약】/ 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)	가입 후 90일간 보장 제외
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)【갱신계약】/ 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)	가입 후 90일간 보장 제외
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】/ 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)	가입후 90일간 보장 제외
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】/ 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)	가입후 90일간 보장 제외
표적치매약물허가치료비(최경증치매·경도 알츠하이머치매)(최초1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 보장 제외 (단, 상해로인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하는 치매는 제외)
표적치매약물허가치료비(최경증치매·경도 알츠하이머치매)(7회이상, 최초1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 보장 제외 (단, 상해로인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하는 치매는 제외)
표적치매약물허가치료비(최경증치매·경도 알츠하이머치매)(14회이상, 최초1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 보장 제외 (단, 상해로인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하는 치매는 제외)
치매 CDR척도검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 보장 제외 (단, 상해로인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하는 치매는 제외)

민원사례

A씨는 **암보험 가입 후 2개월**이 지나서 **위암**을 판정받아 보험회사에 **암 진단비를 청구**

⇒ **보험회사**는 보험가입 후 **90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움**을 안내

감액지급

감액지급
10%/25%/50%

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

☑ 감액지급 적용 담보

담보명	감액기간 및 비율
암진단비(유사암제외)/ 암진단비(유사암제외)【갱신계약】	특정소액암의 경우, 가입후 1년간 보험금 50% 지급
유사암진단비/ 유사암진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
뇌졸중진단비/ 뇌졸중진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
뇌출혈진단비/ 뇌출혈진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
급성심근경색증진단비/ 급성심근경색증진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
116대질병수술비(Ⅰ~Ⅵ)/ 116대질병수술비(Ⅰ~Ⅵ)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
양성뇌종양진단비/ 양성뇌종양진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
중대한심혈관수술비(최초1회한)/ 중대한심혈관수술비(최초1회한) 【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
크론병및궤양성대장염진단비/ 크론병및궤양성대장염진단비 【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
부정맥질환(I49)진단비/ 부정맥질환(I49)진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
급성신우신염진단비/ 급성신우신염진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
심근병증진단비/ 심근병증진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
간경변증진단비/ 간경변증진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급

담보명	감액기간 및 비율
뇌혈관질환진단비/ 뇌혈관질환진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환진단비/ 허혈성심장질환진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
뇌혈관질환수술비/ 뇌혈관질환수술비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환수술비/ 허혈성심장질환수술비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
통풍진단비/ 통풍진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
갑상선암(초기제외)진단비/ 갑상선암(초기제외)진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
위·십이지장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)/ 위·십이지장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
특정바이러스질환진단비/ 특정바이러스질환진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
2대질환 CT, MRI, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
2대질환 혈관조영술 검사지원비 (급여, 연간1회한)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
심장판막협착증(대동맥판막) 진단비/심장판막협착증(대동맥판막)진단비 【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
다빈치로봇 암수술비(최초1회한) 【갱신계약】	• 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)【갱신계약】 : 가입후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 180일미만 25% 지급)
	• 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비 (최초1회한)【갱신계약】 : 가입후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 180일미만 25% 지급)
유방병변초음파유도진공보조절제치료비 (연간1회한,90일면책)【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
중증갑상선암진단비/ 중증갑상선암진단비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

담보명	감액기간 및 비율
표적항암방사선치료비(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】	• 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】 : 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
	• 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】 : 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
대장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)/대장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
유방암으로인한유방수술비/유방암으로인한유방수술비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
뇌전증진단비/뇌전증진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
녹내장진단비/녹내장진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)/혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)/혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

담보명	감액기간 및 비율
심장질환(특정Ⅰ)진단비/ 심장질환(특정Ⅰ)진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
심장질환(특정Ⅱ)진단비/ 심장질환(특정Ⅱ)진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
심장질환수술비/ 심장질환수술비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
심장부정맥 고주파·냉각절제술 보장(급여, 연간1회한)/ 심장부정맥 고주파·냉각절제술 보장(급여, 연간1회한)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간 1회한)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비【갱신계약】	• 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술 (HIFU)치료비(최초1회한,90일면책) 【갱신계약】: 가입 후 1년간 보험금 50% 지급 • 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술 (HIFU)치료비(연간1회한,90일면책) 【갱신계약】: 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
에크모치료비(체외순환막 형산화요법)(급여, 연간1회한)/ 에크모치료비(체외순환막 형산화요법)(급여, 연간1회한)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
전이암진단비/ 전이암진단비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정암Ⅱ진단비/ 특정암Ⅱ진단비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
골다공증진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
만성당뇨합병증진단비/ 만성당뇨합병증진단비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

담보명	감액기간 및 비율
기계적혈전제거술(카테터법) 치료비Ⅱ(급여, 연간1회한)/ 기계적혈전제거술(카테터법) 치료비Ⅱ(급여, 연간1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음)/ 특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음)【갱신계약】	가입 후 2년간 보험금 50% 지급 (단, 180일미만 10% 지급)
신특정순환계질환진단비/ 신특정순환계질환진단비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년, 연간1회한)/ 신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】	가입 후 1년내 진단확정되고 보험금 지급 대상기간 중 보험금 지급사유 발생시 가입금액 50% 지급
고혈압(원발성)대상질병진단비/ 고혈압(원발성)대상질병진단비 【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 10% 지급
이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병 진단비/ 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병 진단비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 10% 지급
항암중입자방사선치료비(최초1회한) 【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
표적항암약물허가치료비(최초1회한)Ⅱ 【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
갑상선암호르몬약물허가치료비 (최초1회한)Ⅱ【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
비급여 표적항암약물허가치료비 (최초1회한)Ⅱ【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)(감액있음) 【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급

담보명	감액기간 및 비율
6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)(감액있음)/ 6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)/ 뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음)/ 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)/ 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)/ 허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)(감액있음) 【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음)/ 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)/ 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
대상포진진단비/ 대상포진진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
대상포진눈병진단비/ 대상포진눈병진단비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급
갑상선기능항진증치료비/ 갑상선기능항진증치료비【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급

담보명	감액기간 및 비율
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	가입 후 1년내 진단확정되고 보험금 지급 대상기간 중 보험금 지급사유 발생시 가입금액 50% 지급
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	가입 후 1년내 진단확정되고 보험금 지급 대상기간 중 보험금 지급사유 발생시 가입금액 50% 지급
기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	가입 후 1년내 진단확정되고 보험금 지급 대상기간 중 보험금 지급사유 발생시 가입금액 50% 지급
기타피부암 및 갑상선암 주요치료비Ⅱ (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비Ⅱ (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	가입 후 1년내 진단확정되고 보험금 지급 대상기간 중 보험금 지급사유 발생시 가입금액 50% 지급
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	가입 후 1년내 진단확정되고 보험금 지급 대상기간 중 보험금 지급사유 발생시 가입금액 50% 지급
치매 MRI·CT·PET검사지원비(급여, 연간1회한))【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 상해는 제외)

담보명	감액기간 및 비율
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 포함형)【갱신계약】/ 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 포함형)【갱신계약】	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 단, 중환자실치료 : 가입 후 1년간 가입금액 25% 지급
유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 포함형)【갱신계약】/ 유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 포함형)	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 단, 중환자실치료 : 가입 후 1년간 가입금액 25% 지급
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)【갱신계약】/ 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 단, 중환자실치료 : 가입 후 1년간 가입금액 25% 지급
유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)【갱신계약】/ 유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 단, 중환자실치료 : 가입 후 1년간 가입금액 25% 지급
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 일부지급형)【갱신계약】/ 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 일부지급형)	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 단, 중환자실치료 : 가입 후 1년간 가입금액 25% 지급 항암호르몬약물치료 : 가입 후 1년간 가입금액 15% 지급
유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 일부지급형)【갱신계약】/ 유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 일부지급형)	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 단, 중환자실치료 : 가입 후 1년간 가입금액 25% 지급 항암호르몬약물치료 : 가입 후 1년간 가입금액 15% 지급

담보명	감액기간 및 비율
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】/ 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 단, 기타피부암및갑상선암으로 인한 비급여(전액본인부담 포함) 주요치료는 가입 후 1년간 가입금액 10% 지급
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】/ 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】/ 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급

보장한도

보장한도	보장한도	보장한도
최초 1회한	연간 1/15/30/60회한	30/60/90/180/185/365일 한도

이 보험에는 보험금 지급한도가 설정된 담보가 있습니다.

☑ 보장한도 적용 담보

담보명	보장한도
일반상해사망/일반상해사망【갱신계약】	1회한
상해입원일당(1일이상)Ⅱ/ 상해입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
암진단비(유사암제외)/ 암진단비(유사암제외)【갱신계약】	최초 1회한
유사암진단비/유사암진단비【갱신계약】	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 각 1회한
일반상해80%이상후유장해/ 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】	최초 1회한
암직접치료입원일당 (요양제외,1일이상180일한도)/ 암직접치료입원일당 (요양제외,1일이상180일한도)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
질병사망/질병사망【갱신계약】	1회한
질병입원일당(1일이상)/ 질병입원일당(1일이상)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
암요양병원입원일당 (1일이상90일한도)/ 암요양병원입원일당 (1일이상90일한도)【갱신계약】	1회 입원당 90일 한도
뇌졸중진단비/뇌졸중진단비【갱신계약】	최초 1회한
심근병증진단비/심근병증진단비【갱신계약】	최초 1회한
2대질환 CT, MRI, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사지원비 (급여, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
특정바이러스질환진단비/ 특정바이러스질환진단비【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)/ 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한) 【갱신계약】	연간 1회한
뇌혈관질환진단비/ 뇌혈관질환진단비【갱신계약】	최초 1회한
허혈성심장질환진단비/ 허혈성심장질환진단비【갱신계약】	최초 1회한
뇌출혈진단비/ 뇌출혈진단비【갱신계약】	최초 1회한
갑상선암(초기제외)진단비/ 갑상선암(초기제외)진단비【갱신계약】	최초 1회한
항암방사선치료비/ 항암방사선치료비【갱신계약】	최초 1회한 (단, 기타피부암, 갑상선암은 각 1회한이며, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 인한 치료를 먼저 받았을 시 보장 제외)
항암약물치료비/ 항암약물치료비【갱신계약】	최초 1회한 (단, 기타피부암, 갑상선암은 각 1회한이며, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 인한 치료를 먼저 받았을 시 보장 제외)
대상포진진단비/ 대상포진진단비【갱신계약】	최초 1회한
대상포진눈병진단비/ 대상포진눈병진단비【갱신계약】	최초 1회한
10대고액치료비암진단비/ 10대고액치료비암진단비【갱신계약】	최초 1회한
6대기관 양성종양 및 용종수술비 (급여, 연간1회한)(감액있음)/ 6대기관 양성종양 및 용종수술비 (급여, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	연간 1회한
요실금수술비(급여, 연간1회한)/ 요실금수술비(급여, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
요로결석진단비/ 요로결석진단비【갱신계약】	최초 1회한
양성뇌종양진단비/ 양성뇌종양진단비【갱신계약】	최초 1회한
질병중환자실입원일당(1일이상)/ 질병중환자실입원일당(1일이상)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
상해중환자실입원일당(1일이상)Ⅱ / 상해중환자실입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도

담보명	보장한도
자궁적출수술비(여성생식기의 암·제자리암)/ 자궁적출수술비(여성생식기의암·제자리암) 【갱신계약】	최초 1회한
위·십이지장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)/ 위·십이지장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
뇌혈관질환입원일당 (1일이상180일한도)/ 뇌혈관질환입원일당 (1일이상180일한도)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
뇌혈관질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)/ 뇌혈관질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
신인공관절치환수술비(최초1회한)/ 신인공관절치환수술비(최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한
중대한재생불량성빈혈진단비/ 중대한재생불량성빈혈진단비【갱신계약】	최초 1회한
크론병및궤양성대장염진단비/ 크론병및궤양성대장염진단비【갱신계약】	최초 1회한
중대한심혈관수술비(최초1회한)/ 중대한심혈관수술비(최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한
통풍진단비/ 통풍진단비【갱신계약】	최초 1회한
중증갑상선암진단비/ 중증갑상선암진단비【갱신계약】	최초 1회한
질병80%이상후유장해/ 질병80%이상후유장해【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
대장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)/ 대장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
허혈성심장질환입원일당 (1일이상180일한도)/ 허혈성심장질환입원일당 (1일이상180일한도)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
허혈성심장질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)/ 허혈성심장질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
카티(CAR-T)항암약물허가치료비 (연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
암직접치료통원일당/ 암직접치료통원일당【갱신계약】	통원 1일당 1회한
암직접치료통원일당(종합병원)/ 암직접치료통원일당(종합병원)【갱신계약】	통원 1일당 1회한
암직접치료통원일당(상급종합병원)/ 암직접치료통원일당(상급종합병원)【갱신계약】	통원 1일당 1회한
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)/ 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
뇌전증진단비/ 뇌전증진단비【갱신계약】	최초 1회한
2대질환 혈관조영술 검사지원비 (급여, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
부정맥질환(I49)진단비/ 부정맥질환(I49)진단비【갱신계약】	최초 1회한
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)(감액있음) 【갱신계약】	연간 1회한
녹내장진단비/ 녹내장진단비【갱신계약】	최초 1회한
심장판막협착증(대동맥판막)진단비/ 심장판막협착증(대동맥판막)진단비【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
간병인사용 상해입원일당Ⅱ (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)/ 간병인사용 상해입원일당Ⅱ (요양/정신/한방병원제외,181일이상)【갱신계약】	1회 입원당 185일 한도
간병인사용 질병입원일당Ⅱ (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)/ 간병인사용 질병입원일당Ⅱ (요양/정신/한방병원제외,181일이상)【갱신계약】	1회 입원당 185일 한도
간병인사용 질병입원일당Ⅱ (요양병원 제외, 1-180일)/ 간병인사용 질병입원일당Ⅱ (요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)/ 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간호간병통합서비스 질병입원일당 (1-180일)/ 간호간병통합서비스 질병입원일당 (1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
항암방사선치료비(남성생식기관련 (전립선,음경,고환)암)/ 항암방사선치료비(남성생식기관련 (전립선,음경,고환)암)【갱신계약】	최초 1회한
항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁,난소, 외음,질,태반)암)/ 항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁,난소, 외음,질,태반)암)【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
표적항암방사선치료비(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】	• 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】: 최초1회한
	• 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】: 최초1회한
간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)/ 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)/ 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)/ 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
장기요양간병비(1급)/ 장기요양간병비(1급)【갱신계약】	최초 1회한
장기요양간병비(1~2급)/ 장기요양간병비(1~2급)【갱신계약】	최초 1회한
장기요양간병비(1~3급)/ 장기요양간병비(1~3급)【갱신계약】	최초 1회한
장기요양간병비(1~4급)/ 장기요양간병비(1~4급)【갱신계약】	최초 1회한
경증이상치매진단비/ 경증이상치매진단비【갱신계약】	최초 1회한
중등도이상치매진단비/ 중등도이상치매진단비【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
중증치매진단비/ 중증치매진단비【갱신계약】	최초 1회한
심장부정맥 고주파·냉각절제술 보장(급여, 연간1회한)/ 심장부정맥 고주파·냉각절제술 보장(급여, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
종합병원상해입원일당(1일이상)/ 종합병원상해입원일당(1일이상)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
상급종합병원상해입원일당(1일이상)/ 상급종합병원상해입원일당(1일이상)【갱신계약】	1회 입원당 180일한도
양전자단층촬영(PET)검사지원비 (급여, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
심장질환(특정Ⅰ)진단비/ 심장질환(특정Ⅰ)진단비【갱신계약】	최초 1회한
심장질환(특정Ⅱ)진단비/ 심장질환(특정Ⅱ)진단비【갱신계약】	최초 1회한
전이암진단비/ 전이암진단비【갱신계약】	최초 1회한
특정암Ⅱ진단비/ 특정암Ⅱ진단비【갱신계약】	최초 1회한
종합병원질병입원일당(1일이상)/ 종합병원질병입원일당(1일이상)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
상급종합병원질병입원일당(1일이상)/ 상급종합병원질병입원일당(1일이상)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)/ 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)【갱신계약】	각 세부보장별 1회한
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)/ 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)【갱신계약】	각 세부보장별 연간 1회한
특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC) (급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약】	각 세부보장별 최초 1회한
급성신우신염진단비/ 급성신우신염진단비【갱신계약】	최초 1회한
간경변증진단비/ 간경변증진단비【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
유방병변초음파유도진공보조절제치료비(연간 1회한,90일면책)【갱신계약】	연간 1회한
다빈치로봇 암수술비(최초1회한)【갱신계약】	• 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)【갱신계약】: 최초 1회한
	• 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비(최초1회한)【갱신계약】: 최초 1회한
자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술(HIFU)치료비 【갱신계약】	• 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술 (HIFU)치료비(최초1회한,90일면책)【갱신계약】 : 최초 1회한
	• 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술 (HIFU)치료비(연간1회한,90일면책)【갱신계약】 : 연간 1회한
뇌•심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)/ 뇌•심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)【갱신계약】	입원 또는 통원 각 1일당 1회한, 연간90일한도
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)/ 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)【갱신계약】	입원 또는 통원 각 1일당 1회한, 연간 15회한
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)/ 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)【갱신계약】	입원 또는 통원 각 1일당 1회한, 연간 30회한
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)/ 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)【갱신계약】	입원 또는 통원 각 1일당 1회한, 연간 60회한
질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)/ 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)【갱신계약】	입원 또는 통원 각 1일당 1회한, 연간 15회한
질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)/ 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)【갱신계약】	입원 또는 통원 각 1일당 1회한, 연간 30회한
질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)/ 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)【갱신계약】	입원 또는 통원 각 1일당 1회한, 연간 60회한
에크모치료비(체외순환막 형산화요법) (급여, 연간1회한)/ 에크모치료비(체외순환막 형산화요법) (급여, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한

담보명	보장한도
질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)/ 질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)/ 종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)【갱신계약】	1회 입원당 30일 한도
상급종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)/ 상급종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)【갱신계약】	1회 입원당 60일 한도
종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)/ 종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)【갱신계약】	1회 입원당 30일 한도
상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)/ 상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)【갱신계약】	1회 입원당 60일 한도
암수술비(유사암제외)(최초1회한)/ 암수술비(유사암제외)(최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한
뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)/ 뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	통원 1일당 1회한, 연간30일한도
뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음)/ 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	통원 1일당 1회한, 연간30일한도
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)/ 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	통원 1일당 1회한, 연간30일한도
허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)/ 허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	통원 1일당 1회한, 연간30일한도
허혈성심장질환통원일당 (종합병원, 연간30일한도)(감액있음)/ 허혈성심장질환통원일당 (종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	통원 1일당 1회한, 연간30일한도

담보명	보장한도
허혈성심장질환통원일당 (상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)/ 허혈성심장질환통원일당 (상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】	통원 1일당 1회한, 연간30일한도
상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)/ 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)【갱신계약】	1회 입원당 365일 한도
상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)/ 상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)/ 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)【갱신계약】	1회 입원당 365일 한도
간호간병통합서비스 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일)/ 간호간병통합서비스 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】	1회 입원당 365일 한도
간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)/ 간호간병통합서비스 질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】	1회 입원당 365일 한도
중대한화상및부식진단비/ 중대한화상및부식진단비【갱신계약】	최초 1회한
치아파절진단비(연간3회한)/ 치아파절진단비(연간3회한)【갱신계약】	연간 3회한

담보명	보장한도
기후성질환진단비(연간1회한)/ 기후성질환진단비(연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
독액성동물접촉중독진단비(연간1회한)/ 독액성동물접촉중독진단비(연간1회한) 【갱신계약】	연간 1회한
종합병원상해입원일당 (2-3인실, 1일이상30일한도)/ 종합병원상해입원일당 (2-3인실, 1일이상30일한도)【갱신계약】	1회 입원당 30일 한도
상급종합병원상해입원일당 (2-3인실, 1일이상60일한도)/ 상급종합병원상해입원일당 (2-3인실, 1일이상60일한도)【갱신계약】	1회 입원당 60일 한도
5대장기이식수술비/ 5대장기이식수술비【갱신계약】	최초 1회한
각막이식수술비/ 각막이식수술비【갱신계약】	최초 1회한
조혈모세포이식수술비/ 조혈모세포이식수술비【갱신계약】	최초 1회한
기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ (급여, 연간1회한)/ 기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ (급여, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한

담보명	보장한도
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	최초암 진단확정일을 포함하여 10년이내 연간 1회한
기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	최초암 진단확정일을 포함하여 10년이내 연간 1회한
종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)/ 종합병원질병입원일당 (2-3인실, 1일이상30일한도)【갱신계약】	1회 입원당 30일 한도
상급종합병원질병입원일당 (2-3인실, 1일이상60일한도)/ 상급종합병원질병입원일당 (2-3인실, 1일이상60일한도)【갱신계약】	1회 입원당 60일 한도
상해흉터복원수술비/ 상해흉터복원수술비【갱신계약】	하나의 사고에 대하여 500만원 한도
외상성특정뇌손상 진단비/ 외상성특정뇌손상 진단비【갱신계약】	최초 1회한
외상성특정장기손상 진단비/ 외상성특정장기손상 진단비【갱신계약】	최초 1회한
외상성특정뇌출혈 진단비/ 외상성특정뇌출혈 진단비【갱신계약】	최초 1회한
골다공증진단비【갱신계약】	최초 1회한
만성당뇨합병증진단비/ 만성당뇨합병증진단비【갱신계약】	최초 1회한
충수염(맹장염)수술비/ 충수염(맹장염)수술비【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
갑상선기능항진증치료비/ 갑상선기능항진증치료비【갱신계약】	최초 1회한
갑상선바늘생검조직병리진단비 (연간1회한,90일면책)/ 갑상선바늘생검조직병리진단비 (연간1회한,90일면책)【갱신계약】	연간 1회한
특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음)/ 특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음)【갱신계약】	각 세부보장별 최초 1회한
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	최초 진단확정일을 포함하여 10년이내 연간 1회한
신특정순환계질환진단비/ 신특정순환계질환진단비【갱신계약】	최초 1회한
신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년, 연간1회한)/ 신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】	최초 진단확정일을 포함하여 10년이내 연간 1회한
고혈압(원발성)대상질병진단비/ 고혈압(원발성)대상질병진단비【갱신계약】	각 세부보장별 최초 1회한
이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비/ 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비 【갱신계약】	각 세부보장별 최초 1회한
암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)【갱신계약】/ 암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)	최초 1회한
기타피부암,갑상선암 치료비지원【갱신계약】/ 기타피부암,갑상선암 치료비지원	최초 1회한
2대질병(뇌, 심장) 치료비지원【갱신계약】/ 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원	최초 1회한

담보명	보장한도
전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한,90일면책)/ 전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한,90일면책) 【갱신계약】	연간 1회한
유방바늘생검조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)/ 유방바늘생검조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)【갱신계약】	연간 1회한
심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)/ 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)【갱신계약】	연간 1회한
자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)/ 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)【갱신계약】	연간 1회한
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	최초암 진단확정일을 포함하여 10년이내 연간 1회한
기타피부암 및 갑상선암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)/ 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	최초암 진단확정일을 포함하여 10년이내 연간 1회한
항암중입자방사선치료비(최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한
표적항암약물허가치료비(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】	최초 1회한
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)Ⅱ【갱신계약 】	최초 1회한
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】	최초 1회한
표적치매약물허가치료비(최경증치매·경도알츠하이머치 매)(최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한
표적치매약물허가치료비(최경증치매·경도알츠하이머치 매)(7회이상, 최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한
표적치매약물허가치료비(최경증치매·경도알츠하이머치 매)(14회이상, 최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한
치매 CDR척도검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
치매 MRI·CT·PET검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
파킨슨병진단비【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
암(유사암제외) 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)【갱신계약】/ 암(유사암제외) 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
유사암 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)【갱신계약】/ 유사암 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
암(유사암제외) 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)【갱신계약】/ 암(유사암제외) 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
유사암 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)【갱신계약】/ 유사암 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
암(유사암제외) 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)【갱신계약】/ 암(유사암제외) 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
유사암 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)【갱신계약】/ 유사암 주요치료비Plus (종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】/ 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 비급여(전액본인부담 포함) 암수술은 수술1회당 보장)
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】/ 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술은 수술1회당 보장)
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】/ 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)

자기부담금 차감

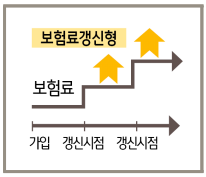
자기부담금 차감 후 지급

이 보험에서는 아래 담보에 대해 일정금액의 **자기부담금을 차감**하고 보험금을 지급합니다.

☑ **자기부담금을 차감하는 담보**

구분	담보명	자기부담금 차감 금액
배상책임	가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】	보험증권에 기재된 금액
	가족일상생활중배상책임Ⅳ (누수사고 제외)【갱신계약】	보험증권에 기재된 금액

02 갱신 시 보험료 인상 가능성



주의

▶ 이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.
갱신형 계약은 갱신할 때마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

★★★ **갱신시 보험료가 인상될 수 있는 담보 :**
담보명에 **【갱신계약】**이 포함되어 있는 담보

03 해약환급금에 관한 사항

주의

※2종(표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후))에 한함

해약 환급금 0원 (납입기간 중 해지 시, 일부담보 제외)

▶ 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

① **해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.**

※ 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급합니다.

해약 환급금 적음 (납입기간 이후 해지 시)

② **납입기간 중 보험계약을 해지할 경우 해약환급금이 없습니다.**

단, 【갱신계약】 및 보험료납입지원(유사암진단) 특별약관은 보험기간 중 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.

③ **납입기간 이후 보험계약을 해지할 경우 표준형 상품보다 해약환급금이 적습니다.**

※ 표준형 상품 : "보험료 산출 시 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장의 상품"으로 실제 판매하지 않는 상품입니다.



※ 위 그림은 예시이며 가입하는 종에 따라 해약환급금의 형태는 다를 수 있습니다. 보통약관 제37조(해약환급금)을 반드시 확인하시기 바랍니다.

04 실손보상형 담보

실손형담보
(중복가입 부적절)
비례 보상



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

① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복가입**하더라도 **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 주의**하시기 바랍니다.

☑ 실손보상형 담보

담보명
가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】
가족일상생활중배상책임Ⅳ (누수사고 제외)【갱신계약】

담보명
의료사고법률비용/ 의료사고법률비용【갱신계약】

05 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

☑ 보장성보험

보장성보험 (사망, 상해, 질병 등)	주의	① 이 보험은 상해사고 및 질병 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다. ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

☑ 금리연동형 보험

금리연동형 (적용금리 변동)	주의	① 이 보험의 계약자적립액 산출에 적용되는 이율은 매월 변동됩니다. ② 동 이율은 납입한 적립보험료에서 계약체결·유지관리에 필요한 경비를 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다. ③ 이 보험의 최저보증이율*은 연복리 0.2%입니다. * 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도 이율
최저이율보장 전기간 : 0.2%		

☑ 예금자보호제도에 관한 사항

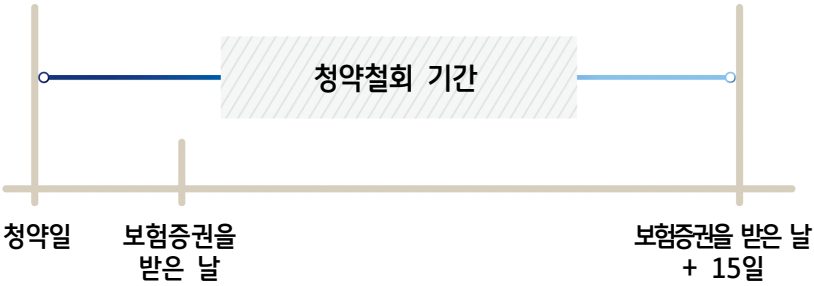
예금자보호 예금보험공사 보호금융상품 1인당 최고 1억원	주의	이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

III. 보험계약의 일반사항

01 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관 제19조

▶ 보험계약자는 **보험증권**을 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



☑ 청약철회가 불가한 경우

주의 **청약일로부터 30일**(만 65세 이상의 보험계약자가 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우

02 보험계약을 취소할 수 있는 권리

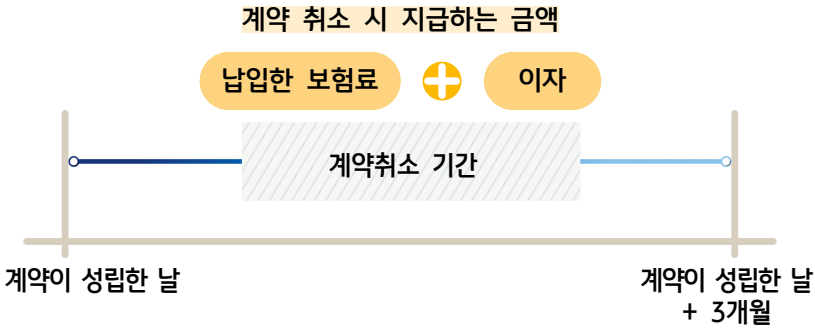
보통약관 제20조

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

① 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우

② 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우

③ 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



03 보험계약의 무효

보통약관 제21조

▶ 보험계약자는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우

② 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우

③ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04 보험계약前 알릴의무 및 위반 시 효과

보통약관 제14조, 제16조

▶ 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 청약서의 질문사항(중요사항)에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다.

계약자 또는 피보험자 — 고의 또는 중과실로 사실과 다르게 알린 경우 →
- 계약 해지 가능 (회사)
- 보장 제한 가능 (회사)

주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 보험설계사에게 말로써 알린 경우 보험계약前 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 ○○질병보험에 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

05 보험계약後 알릴의무 및 위반 시 효과

보통약관 제15조, 제16조

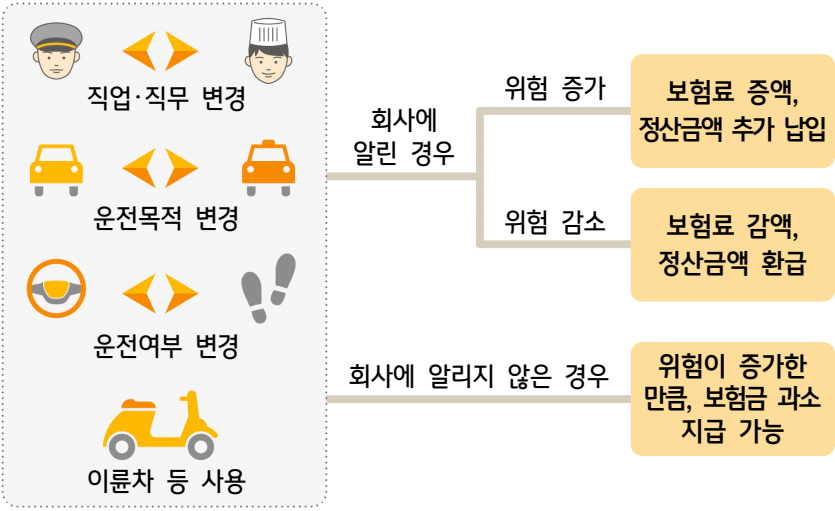
▶ 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생**한 경우 **지체 없이** 보험회사에 알려야하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

주의

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

① **위험**이 **감소**한 경우 **보험료**를 **감액**하고 **정산금액**을 **환급**하여 드리며,

② **위험**이 **증가**한 경우 **보험료**가 **증액**되고 **정산금액**의 **추가 납입**이 **필요**할 수 있습니다.

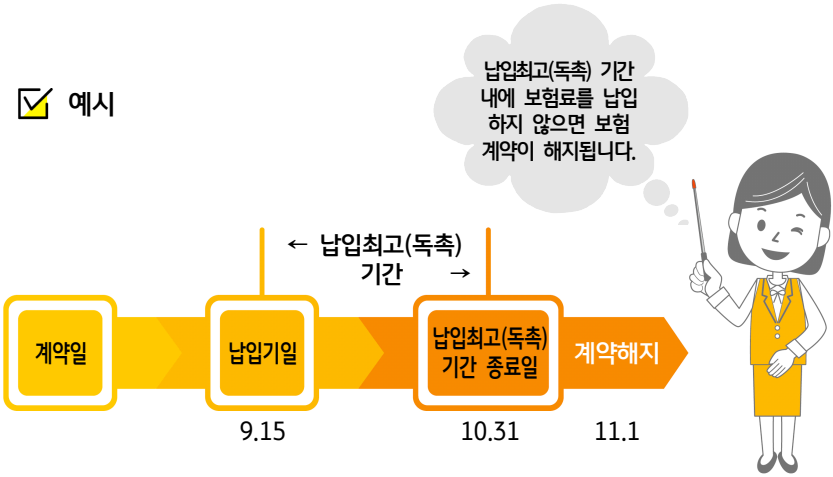


06 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지 보통약관 제31조

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

＊ 납입최고(독촉)기간 : 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

☑ 예시



★★★ **납입연체** : 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우

07 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

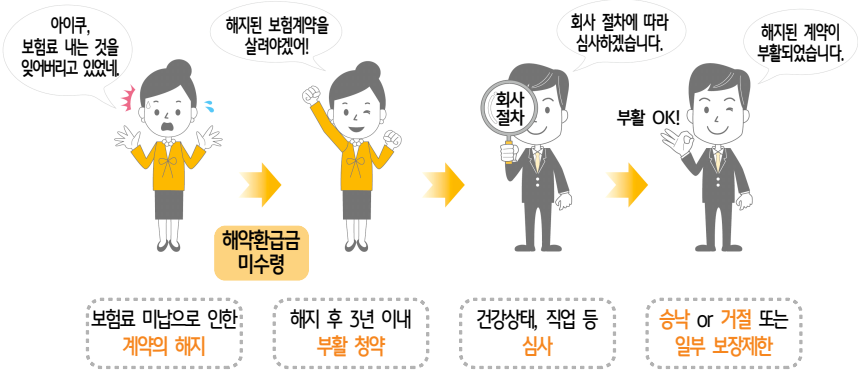
보통약관 제32조

▶ 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)을 청약**할 수 있습니다.

주의

① 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절하거나 보장의 일부를 제한**할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

② 회사의 부활(효력회복) 승낙 시 **연체된 보험료와 이자를 납입**하여야 합니다.



08 보험계약대출

보통약관 제38조

▶ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있으며, 보험계약대출금과 이자는 언제든지 상환할 수 있습니다.

주의

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.

해약환급금 지급 예시

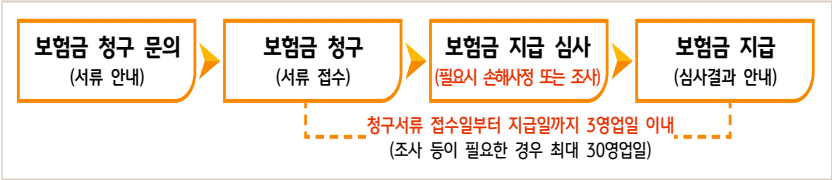
환급금 내역서				
해약환급금	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



09 보험금 청구절차 및 서류

보통약관 제7조, 제8조

▶ 상해·질병사고의 **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요할 경우 최대 30영업일이 소요될 수 있으며, 재물·배상책임사고는 지급보험금 결정 후 7일 이내에 지급합니다.)



주의 **소액 보험금 청구** 시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류**가 **간소화**되는 경우가 있으니, **보험금 청구 전**에 보험회사에 **제출서류**를 **확인**하시기 바랍니다.

보험금 청구 서류						
구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	▲	●				
수술	▲		●			
실손	▲	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.


KB 손해보험

보험약관 이해하기

■ 보험약관이란?

☞ 보험약관에는 보험계약에 관한 계약자와 보험회사의 권리·의무, 보험금지급에 관한 사항 등 중요한 내용이 기재되어 있습니다. 따라서, **중요한 내용에 대해서는 반드시 안내를 받으시기 바랍니다.**

■ 보험약관은 법규정에 따라 작성됩니다.

☞ 보험약관은 「보험업감독업무시행세칙」에 마련된 「표준약관(별표15)」을 준용하여 금융감독원 감독하에 작성됩니다.

■ 본 약관의 구성

1. 보험 가이드	
· 보험용어해설	· 자주 발생하는 민원
· 주요내용 요약서	· 보험금 지급절차 안내
· 가입자 유의사항	· 보험금 청구서류 안내

2. 고객 안내사항	3. 보험약관
· 개인신용정보 제공이용에 대한 고객권리 안내	· 보통약관
· 고객정보 취급방침	· 특별약관
	· 별표

■ 기타 문의사항

☞ 당사 홈페이지(www.kbinsure.co.kr) 공시실에 상품요약서와 보험약관이 공시되어 있으니, 가입하신 보험상품의 내용이 궁금하거나 약관을 분실하셨을 경우 편리하게 이용하시기 바랍니다.

☞ 당사 홈페이지 고객센터에서 계약변경, 보험금 청구시 구비서류 등을 조회하실 수 있으며, 홈페이지 MY KB, 콜센터(1544-0114)를 이용하시면 편리하게 다음의 업무를 보실 수 있습니다.

MY KB	계약조회, 고객정보 변경, 계약 변경, 계약해지/청약철회, 보험료납입/지급, 증명서 발급 등
콜센터 1544-0114	계약관리, 사고접수, 보상, 각종 상담문의 등

보험용어 해설

■ 보험약관
보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

■ 보험증권
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서

■ 보험료
보험계약자가 보험계약에 의거하여 보험회사에 납입하는 금액
· 보장보험료: 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 회사에 납입하는 보험료
· 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
· 적립부분 순보험료: 적립보험료에서 정해진 사업비를 공제한 후의 금액
※ 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

■ 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기, 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

■ 보험가입금액
보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

■ 보장개시일
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

■ 보험계약일
계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

■ 만기환급금
보험기간이 만료될 때까지 일정규모 이상의 사고가 없는 경우 납입보험료 중 일정률의 금액을 보험계약자에게 환급하는 제도

■ 계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

■ 해약환급금
계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

■ **계약자**
보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

■ **피보험자**
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

■ **보험수익자**
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람 또는 만기환급금 지급시기에 만기환급금의 청구를 할 수 있는 사람

■ **보험기간**
계약에 따라 보장을 받는 기간

■ **자동갱신제도**
보험계약기간의 만료시점까지 보험계약자가 보험계약을 갱신하고 싶지 않다는 명시적인 의사표시가 없는 경우에 자동으로 계약을 갱신하는 제도

약관내 의학용어 순화

용어	용어 순화
홍반성루프	전신성홍반성루푸스(피부, 관절, 신장, 폐, 신경 등 전신에서 염증 반응을 일으키는 자가면역질환)
갑상선	갑상샘(갑상선)
비골(鼻骨)	비골(코뼈)
하악골	하악골(아래턱뼈)
상악골	상악골(위턱뼈)
사지골	사지골(팔다리뼈)
건	건(힘줄)
흉막	흉막(가슴막)
음낭수종	음낭수종(물음낭증)

주요내용 요약서

■ 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있습니다.

■ 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있고, 이 경우 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

■ 계약취소

계약자가 청약을 할 때에 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명을 받지 못한 때 또는 계약체결시 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

■ 계약의 무효

1. 신체 관련
   다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
   - 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 피보험자의 서면(법령이 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우.
   - 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.
   - 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
2. 재물관련
   계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

■ 계약의 소멸

1. 신체 관련
   피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 이 보험계약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 재물 관련(비례보상)
   사고보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)의 80%를 넘을 때 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.
3. 재물 관련(실손보상)
   사고보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함) 이상인 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

■ 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입이 연체 중인 경우에 14일(보험기간이 1년 미만인 경우 7일)이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우, 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약은 해지됩니다.

■ 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

■ 중도인출

계약일로부터 약관에서 정한 일정기간 이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 기본계약 해약환급금과 적립부분 해약환급금 중 적은 금액 중 약관에서 정한 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 약관에서 정한 횟수로 제한됩니다.

■ 계약 전 · 후 알릴 의무

1. 계약 전 알릴의무 : 계약자, 피보험자는 청약할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)
2. 계약 후 알릴의무 : 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
   - 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   - 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   - 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   - 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
3. 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
   ※ 계약자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

■ 보험금의 지급절차

1. 신체 관련
   보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드리며 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
   만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.
2. 배상책임 관련
   보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자 또는 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
   만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

3. 재산손해 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

■ 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 말로써 알린 경우에는 회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 부활(효력회복)계약의 암보장개시일

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 15세미만 피보험자인 경우는 부활일을 암보장개시일로 합니다.

3. 상해 및 질병관련 보장

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형인 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

4. 재물 및 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. 또한 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

- 회사는 갱신형보장의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신될 계약의 보험료 등을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- 갱신시에는 보험나이 증가, 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 및 의료수가(실손의료비를 보장하는 보험에 한함) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 갱신형보장은 계약자가 약관에서 정하는 조건을 충족하고 해당보장이 종료되는 날의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당보장의 만기일의 다음날 갱신 됩니다.
- 갱신형보장을 가입한 경우, 보통약관의 보험료 납입이 완료되었다 하더라도 갱신형보장의 보험기간이 만료되지 않은 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 해당 갱신형보장의 보험료를 계속 납입해야합니다.
- 갱신형보장의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.

■ 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 회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 해약환급금은 공시이율 및 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

■ 해약환급금 미지급형에 관한 사항

- 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형 상품보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 해약환급금은 아래와 같습니다.

계약의 해지시점	표준형해약환급금의 50%지급형 (납입기간이후)
보험료 납입기간 중	없음
보험료 납입기간 완료이후	표준형 상품 해약환급금의 50%

단, 【갱신계약】 특별약관 및 약관에서 정하는 특별약관의 경우 보험기간 중 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.

- 회사는 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후) 상품의 계약을 체결할 때 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교 · 안내하여 드립니다.
- 표준형 상품이란 "보험료 산출시 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장의 상품"으로 실제 판매하지 않는 상품을 말합니다.
- 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)의 경우 적립보험료를 납입하지 않는 순수보장형 상품입니다. 따라서, 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 지급하지 않으며, 계약자는 보험기간 중 중도인출을 신청할 수 없습니다.
- 가입 후 보험가입금액의 감액 신청 및 직무변경에 의한 직업급수 변경은 가능하나, 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가 신청은 불가능 합니다.
- 보험료 납입기간 중 보험가입금액 감액할 경우 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금은 없습니다.

  단, 【갱신계약】 특별약관 및 약관에서 정하는 특별약관의 경우 보험기간 중 보험가입금액 감액할 경우 감액된 부분에 대한 해당 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.

보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

■ 암 관련 보장

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다.
- 90일이 지난 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.
- 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술비 보장에서 제외됩니다.

■ 특정 질병 관련 보장

- 암보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만을 보험금 지급대상으로 하므로, 관련 질병이 무엇인지 반드시 확인하시기 바랍니다.

■ 수술 관련 보장

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

■ 입원 관련 보장

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 상해 관련 보장

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

■ 재물손해, 배상책임 관련 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 담보하는 위험과 같은 위험을 담보하는 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 보상하여 드립니다.

■ 태아보험

- 피보험자가 출생전 자녀(태아)인 경우 출생시 피보험자로 합니다.
- 자녀(태아)가 복수로 출생한 경우 보험계약자는 출생아 각각을 피보험자로 지정할 수 있습니다.

기타 유의할 사항

■ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 계약에 독립특별약관이 부가된 경우에는 보통약관의 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 해당 독립특별약관은 납입면제를 적용하지 않습니다.

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

자주 발생하는 민원

■ 해약환급금 관련

- 사례 : 홍길동 계약자는 계약 후 1년경과 후에 계약을 해지하였는데, 해약환급금이 납입한 보험료보다 적어 이에 대한 불만을 제기

- 해설 : 보험계약은 은행의 예적금과 달리 납입한 보험료 중 일부는 보험회사의 운영경비로 사용되고 또 다른 일부는 다른 피보험자의 보험금 재원으로 사용되므로 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

■ 적립부분 해약환급금 및 만기환급금 변동 관련

- 사례 : 홍길동 계약자는 가입당시 만기환급률을 99%로 설계하였으나, 실제 만기시 환급율이 88%로 감소됨에 따른 불만 제기

- 해설 : 적립부분 적용이율이 공시이율에 연동되는 경우(금리연동형) 공시이율을 적용하여 적립부분 계약자적립액을 적립하게 됩니다. 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리 등에 연동되어 변동될 수 있으므로, 만기환급금의 재원인 적립부분 계약자적립액은 변동될 수 있습니다.

■ 중도인출시 만기환급금 또는 해약환급금 과소

- 사례 : 홍길동 계약자는 보험가입 후 5년이 경과하여 중도인출을 일부 실시하였고, 이후 만기가 도래하여 만기환급금을 수령하였을 때 환급금이 적은 것에 대한 불만 제기

- 해설 : 중도인출은 기본계약 적립부분 해약환급금에서 인출하게 되는 금액으로 중도인출 받은 금액만큼 차감한 후 적립됩니다. 따라서 중도인출을 한 번도 실시하지 않은 경우와 비교하여 만기환급금(또는 해약환급금)은 차이가 발생하게 됩니다.

■ 피보험자의 직업, 직무 변경 관련

- 사례 : 홍길동 피보험자는 일반 사무직으로 근무하던 중 보험을 가입하고 몇 년 후 직업을 변경하여 오토바이 배달원으로 직업을 변경하였으나 이를 보험회사에 알리지 않았고, 일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적은 것에 대해 불만 제기

- 해설 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

보험금 지급절차 안내

■ 청구서류 제출 및 지급절차 안내

☞ 인터넷/모바일 접수: 앱스토어 KB손해보험 대표앱(홈페이지 www.kbinsure.co.kr/모바일 m.kbinsure.co.kr)
- 5천만원 미만건만 접수 가능하며 PC, 모바일홈페이지 및 대표앱을 통해 접수하시면 보다 신속하게 업무처리 가능합니다.
- 사망보험금 청구, 5천만원이상 청구 또는 보험금 타인 위임시 우편/방문을 통하여 원본 서류를 제출해주셔야 합니다.

☞ 우편 접수: 04027 서울시 마포구 양화로 491(합정동) KB손해보험 합정빌딩 19층 인보험사고접수센터(우편접수만 가능)
- 작성된 보험금 청구서와 원본 구비서류를 송부하여야 하며, 분실의 우려가 있으므로 등기우편으로 보내주시기 바랍니다.

☞ 방문접수: 가까운 고객센터(당사 홈페이지 조회 가능)

☞ 사고접수 완료시 접수번호 및 보상담당자의 이름과 연락처를 휴대폰 문자매체(SMS, LMS, 카카오톡 알림톡 등)를 통하여 알려드립니다.

보험금청구 및 청구서류 접수

↓

심사 및 손해조사

↓

보험금결정 및 지급

↓

보험금 지급안내

■ 손해사정사 선임 안내

☞ 고객님께서는 사고의 손해사정을 위해 별도의 손해사정사의 선임이 가능하며, 별도로 선임한 손해사정사는 보험금의 대리청구, 보험금에 대해 합의 또는 절충 등의 불공정한 행위를 할 수 없습니다.

☞ 손해사정사를 선임하지 않을 경우 보험회사는 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

손해사정사 선임시 비용주체

● **보험계약자등 부담**

- 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때
- 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때

● **보험회사 부담**

- 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때
- 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날)를 받은 날로부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때

■ 개인(신용)정보 처리 등에 관한 동의 안내

☞ 당사는 손해사정 및 사고장소, 보험금 지급심사 등 업무수행에 필요한 경우 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」,「개인정보보호법」등에 따른 개인(신용)정보의 처리 등에 대한 동의권자의 동의를 요청드리며, 개인(신용)정보처리동의서 또는 의료심사 등에 대해 동의를 거부할 경우 보험금 지급이 지연되거나 불가합니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급

☞ 상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입한 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.

☞ 이 경우 접수대행 신청서 작성 및 타사에 자료 제공을 위한 개인정보 활용에 동의하시면 접수 대행이 가능합니다. 단, 타 보험사에게 보험금 심사 단계에서 사고 조사 등의 사유로 접수대행이 거절될 수 있으며, 이 경우 가입하신 보험사에 각각 보험금 청구서류를 접수하셔야 합니다.

☞ 타 보험사에 가입이 되어있는 보험계약은 손해보험협회를 통해서 확인하실 수 있습니다.(http://www.knia.or.kr)

■ 보험금 청구권 소멸시효

☞ 보험금 청구권은 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다. (단, 2015.3.12. 이전 청구사유 발생한 경우 소멸시효는 2년입니다.)

■ 장해진단서 제출 시 유의사항 및 의료심사

☞ 장해진단서를 제출하는 경우에는 3차 의료기관(500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)에서 진단을 요청드리며, 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 지급 심사에 도움이 됩니다.

☞ 상해/질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하신 자료를 기초로 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 장해급부 청구시 장해 상태에 대하여 장해재심사(재진단)가 시행될 수 있습니다. 이 경우 비용은 당사가 부담합니다.

☞ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

■ 보험금 예상 지급기일 및 지연지급 안내

☞ 보험금 예상 지급기일: 상해 · 질병사고는 최종 서류접수일로부터 3영업일(지급사유 조사 · 확인 필요시 30영업일), 재물 · 배상책임사고는 지급보험금 결정 후 7일 이내입니다.

☞ 약관상 정해진 지급기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연사유, 지급예정일을 안내하여 드리며 지급예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정 지급하여 드립니다. 다만 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 드리지 않습니다.

■ 보험금 가지급 제도

☞ 보험회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 약관에서 정한 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우 보험금을 보험회사가 추정하는 보험금의 50%이내의 금액으로 선지급 받을 수 있습니다.

■ 손해사정서 열람 또는 사본 교부

☞ 보험회사는 보험금 청구권자가 요청하는 경우에는 손해사정사가 작성·제출한 손해사정서를 열람하게 하거나 그 사본을 교부하여 드립니다. 단, 보험금 청구권자가 제출한 서류만으로 지급심사가 완료되어 접수완료일로부터 3영업일 이내에 보험금이 지급되는 경우에는 손해사정서를 작성하지 아니할 수 있습니다.

■ 보험금 부지급 제도

☞ 보험금 지급심사 결과 청구 보험금 지급거절 될 수 있으며, 이 경우 그 사유 및 근거를 안내드립니다. 부지급 결정 및 보험금 결정액에 동의하시지 않는 경우 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

- 인터넷 접수: 홈페이지(www.kbinsure.co.kr)에 접속하여 신청
  / 전화상담: 1544-0114
- 우편접수: 서울시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩 소비자보호파트
  (재심사요청 접수만 가능합니다.)

■ 청구서류안내, 보험금 지급심사 진행과정 및 결과는 자사 홈페이지(www.kbinsure.co.kr/m.kbinsure.co.kr) 또는 콜센터(☎1544-0114)를 통하여 조회할 수 있으며, 문의사항이 있으시면 보험금 청구시 안내되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

■ 분쟁 조정절차 및 피해 구제사항 안내

☞ 문의사항이 있을 경우 담당자에게 연락을 주시거나 콜센터(☎1544-0114)로 문의하실 수 있습니다. 보험계약에 관하여 분쟁이 발생할 경우에는 금융감독원(국번없이 ☎1332)에 조정을 신청할 수 있습니다.

보험금 청구서류 안내

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요청할 수 있습니다.
※ 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.
※ 2015.1.1.부터 실손의료보험 통원의료비는 동일사고 청구건당 3만원초과 10만원이하 청구시 처방전(질병분류기호 기재)으로 대체가능합니다.

■ 교통사고

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>구비서류</th><th>발급처</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">공통서류</td><td>· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함
· 청구인의 신분증 사본(미성년자 생략)</td><td></td></tr>
<tr><td>※(필요시) 추가서류
· 가족관계 확인 필요시(배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등)
: 가족관계서류
(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
· 대리인 청구시: 보험금청구권자의 아래의 서류
1. 위임장
2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법
3. 개인[신용]정보처리동의서</td><td>동 주민 센터</td></tr>
<tr><td>의료비 및 입원일당</td><td>자동차 보험 처리</td><td>· 교통사고 처리확인서
(자사 자동차보험 처리시 생략가능)</td><td>해당 보험사</td></tr>
</table>

구분		구비서류	발급처
의료비 및 입원일당	자동차 보험 미처리	· 교통사고 사실확인서 · 진단서(단, 50만원이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능) · 입퇴원확인서(진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외) · 진료비 계산서(영수증) · 진료비 세부내역서(비급여 내역이 있는 경우 필수) · 경찰서 미신고 시 재해사고 증명서류제출(병원초진차트)	경찰서 · 진료 병원
사망		· 교통사고 사실확인서 · 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함) * 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부	경찰서 · 진료 병원 · 동 주민 센터
		※(수익자 미지정시) 추가 요청서류 · 상속관계 확인서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) ※(필요시) 추가서류 · 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 아래의 서류 1. 위임장 2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 3. 개인[신용]정보처리동의서	

구분	구비서류	발급처
후유장해	· 후유장해진단서 * 발급전 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.	대학 (종합) 병원
	※다음의 경우 일반진단서로 대체가 가능합니다. · 만성신부전: 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 · 사지절단: 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절 치환수술건: 수술명, 수술일자 기재 · 비장, 신장적출 수술건: 비장, 신장적출 수술일 기재	진료 병원
자동차사고 부상보장	· 사고증명서 1. 자동차보험에서 보상받은 경우 : 해당 자동차보험의 보상처리확인서 2. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 (1) 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 (2) 상해등급을 판단할 수 있는 서류 (진단서 등)	해당 보험사 · 경찰서 · 진료 병원

■ 상해사고

구분		구비서류	발급처
공통서류		· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자/청구인의 신분증 사본(미성년자 생략가능)	
		※(필요시) 추가서류 · 가족관계 확인 필요시(배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등): 가족관계서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) · 대리인 청구시: 보험금청구권자의 아래의 서류 1. 위임장 2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 3. 개인[신용]정보처리동의서	동 주민센터
사고 증빙 서류	산재사고	· 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서 * 추가서류 - 직업급수/사고내용 확인시: 산재요양신청서 - 입원일당/의료비 청구시: 입퇴원확인서, 보험급여원부	근로 복지 공단
사고 증빙 서류	폭행사고	· 사건사고 사실확인서	경찰서
	군인 재해사고	· 공무상병인증서	군병원
	의료사고 등 법원분쟁	· 법원판결문	법원
	기타사고	· 청구서 작성시 6하원칙에 따라 상세히 작성 · 병원초진차트	진료 병원

구분		구비서류	발급처
의료비	입원	· 진단서(단, 50만원이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능) · 입퇴원확인서(진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외) · 진료비계산서(영수증) · 진료비세부내역서(비급여 내역이 없는 경우 생략가능)	진료 병원
의료비	통원	· 진료비계산서 (병원/약국 영수증) · 처방전(무료) (질병분류기호기재) · 진료비세부내역서	진료 병원
		※ 진료비세부내역서는 비급여 내역이 없는 경우 생략 가능 ※ 10만원 이하의 청구건 중 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 및 추가심사가 필요한 경우 추가 증빙서류가 필요할 수 있음 ※ 카드결제 영수증은 증빙서류가 아님 ※ 질병분류기호가 기재된 처방전이 없는 경우 추가증빙서류 필요 (진단서/통원(진료)확인서/소견서/진료차트 등)	

■ 질병사고

구분		구비서류	발급처
공통서류		· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자/청구인의 신분증 사본(미성년자 생략가능)	
		※(필요시) 추가서류 · 가족관계 확인 필요시(배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등): 가족관계서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) · 대리인 청구시: 보험금청구권자의 아래의 서류 1. 위임장 2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 3. 개인[신용]정보처리동의서	동 주민 센터
의료비	입원	· 진단서(단, 50만원이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능) · 입퇴원확인서(진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외) · 진료비계산서(영수증) · 진료비세부내역서(비급여 내역이 없는 경우 생략가능)	진료 병원

구분		구비서류	발급처
의료비	통원	· 진료비계산서 (병원/약국 영수증) · 처방전(무료)(질병분류기호 기재) · 진료비세부내역서	진료 병원
		※ 진료비세부내역서는 비급여 내역이 없는 경우 생략 가능 ※ 10만원 이하의 청구건 중 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 및 추가심사가 필요한 경우 추가 증빙서류가 필요할 수 있음 ※ 카드결제 영수증은 증빙서류가 아님 ※ 질병분류기호가 기재된 처방전이 없는 경우 추가증빙서류 필요 (진단서/통원(진료)확인서/소견서/진료차트 등)	
진단금	암 (상피내암 등)	· 암(상피내암 등)확진 진단서 · 조직검사결과지 · 암수술급여금: 수술확인서	진료 병원
	2대 질병 치료비 (뇌/심장)	· 진단서 · 정밀검사결과지(특정질병에 따라 다르므로 담당자와 상의)(예: CT, MRI, 심전도 등)	진료 병원
	특정 질병 수술비	· 진단서 · 수술확인서	진료 병원
	기타 진단금	· 진단서(약관내용에 따라 추가서류 필요)	진료 병원
	※ 진단서는 반드시 한국표준질병사인분류번호가 기재된 진단서를 제출해 주십시오.		

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>구비서류</th><th>발급처</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">사망</td><td>· 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함): 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부</td><td rowspan="2">경찰서
·
진료
병원
·
동
주민
센터</td></tr>
<tr><td>※(수익자 미지정시) 추가 요청서류
· 상속관계 확인서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
· 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 아래의 서류
1. 위임장
2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법
3. 개인[신용]정보처리동의서</td></tr>
<tr><td rowspan="2">태아
보험</td><td>신생아입원비/저체중아육아비용</td><td colspan="2">· 출생증명서
· 진단서[단, 50만원이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능]
· 입원확인서[인큐베이터 사용시 해당기간 명시/진단서에 입원기간(인큐베이터 사용기간)이 포함된 경우는 제외]</td></tr>
<tr><td>유산/사산</td><td colspan="2">· 진단서(유산), 사산증명서(사산)</td></tr>
</table>

■ 치아보험

구분	구비서류	발급처
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자/청구인의 신분증 사본(미성년자 생략가능)	동 주민센터
	※(필요시) 추가서류 · 가족관계 확인 필요시(배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등): 가족관계서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) · 대리인 청구시: 보험금청구권자의 아래의 서류 1. 위임장 2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 3. 개인[신용]정보처리동의서	
치료비	· 치아치료에 관한 진료기록 사본, 진료확인서 - 진료된 치아위치(또는 치아번호) - 진료내용, 진단확정일, 진료시작/종료일, 진료일수 · 치료 전후 해당치아의 X-ray 사진(또는 이에 준하는 판독자료) · 진료비 계산서	진료병원

■ 재물사고

구분	구비서류
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 보험금수취인의 신분증 사본 · 보험금 청구권자가 타인에게 위임할 경우: 1. 위임장 2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 3. 개인[신용]정보처리동의서 · 사업자등록증 · 화재사실확인원(경찰서), 화재증명원(소방서) · 수리 및 재조달 견적서, 영수증(수리업체, 재건축업체, 구입업체)
건물	· 건물등기부등본 · 건축물 관리대장 · 임대차 계약서
기계	· 기계 관리대장 · 감정평가서(질권물건) · 리스계약서(리스물건)
시설/집기비품	· 시설 및 집기비품 관리대장 · 시설 개보수 확인서류
가재도구	· 주민등록등본 · 가재도구 명세서
동산	· 재고 및 손해명세서 · 수불대장 · 임가공계약서, 작업지시서
중기	· 중기등록원부(사본) · 수입면장(수입품) · 운전면허증 양면 사본 · 리스계약서(리스물건) · 임대차 계약서 · 도급 계약서

■ 골프사고

구분	구비서류
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자/청구인의 신분증 사본
상해사고	· 상해사고 구비서류와 동일
홀인원	· 홀인원 증서(골프장 발급) · 홀인원 확인서(동반경기자 2인, 동반캐디) · 스코어카드 사본 · 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출명세서
골프용품 파손	· 사고경위서(본인, 제3자, 골프시설관리자) · 파손용품 사진 · 수리영수증 또는 견적서(수리불가시 수리업체의 수리불가 소견서와 파손된 골프채 송부) · 골프용품 구입영수증
골프용품 도난	· 도난사실확인원(경찰서 발급) · 골프용품 구입영수증

■ 도난사고

구분	구비서류
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 보험금수취인의 신분증 사본 · 보험금청구권자가 타인에게 위임할 경우: 1. 위임장 2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 3. 개인[신용]정보처리동의서 · 사업자등록증 · 도난사고접수 확인원(경찰서)
현금도난	· 시재내역(현금시재표) · 거래원장 · 거래영수증
물품도난	· 최초구입영수증 · 신품견적서 · 자산대장
상품권/ 유가증권 도난	· 시재내역(현금시재표) · 거래원장 · 거래영수증 · 도난된 유가증권의 번호가 기재된 신문 공시문 · 제권판결문, 제권판결에 소요된 비용 영수증

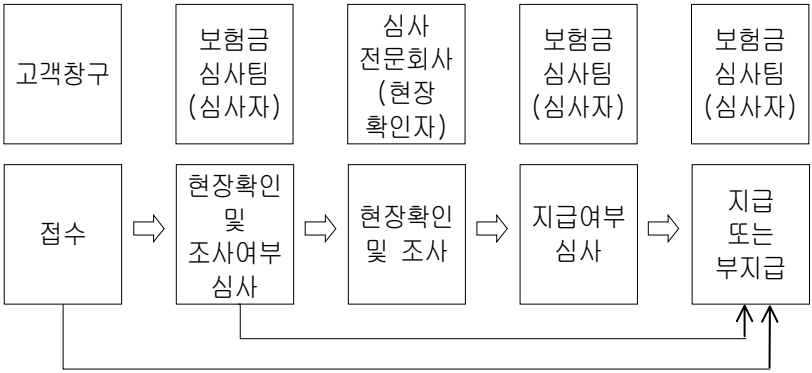
■ 배상사고

구분		구비서류
공통서류		· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자의 신분증 사본, 주민등록등본(중복보험 확인용도) 및 등재인 각각의 개인[신용]정보처리동의서 · 보험금청구권자가 타인에게 위임할 경우: 1. 위임장 2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 3. 개인[신용]정보처리동의서 · 피해자(또는 피해물 소유자) 신분증 사본 및 개인[신용]정보처리동의서 · 사고경위서-6하원칙에 따라 상세히 작성
대인	치료비	· 피해자 신분증 사본 · 진단서 또는 초진차트(진단명 명시) · 진료비계산서(영수증) · 입퇴원확인서(입원시) · 상급병실 사용 확인서(법정전염병 또는 중환자로서 특별히 인정되는 경우 지급) · 개호소견서 · 향후 치료비 추정서(치료 현재시점 이후에 지속적 가료를 요하는 경우)

구분		구비서류
대인	휴업손해	· 피해자 소득 입증자료(근로소득 원천징수 영수증, 최근 3개월간 임금대장, 근로계약서)
	후유장해	· 후유장해 진단서(맥브라이드식 장해평가)
	사망	· 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함): 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부
		※(수익자 미지정시) 추가 요청서류 · 상속관계 확인서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) · 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 아래의 서류 1. 위임장 2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 3. 개인[신용]정보처리동의서
대물	공통	· 피해물 내역서 및 피해입증서류(수리비견적서 또는 수리불가시 수리불가 확인서, 영수증 등) · 현장사진 · 피해물 파손사진 및 수리사진 · 피해물의 등록증(차량등록증, 건물등기부등본 등) · 공공기관(경찰서, 소방서, 국과수 등)에 접수된 경우 사고사실확인서
	차량(혼유사고 등)	· 차량등록증 · 사업자등록증, 가해자의 재직증명서 및 개인[신용]정보처리동의서 · 유류대 영수증

※ 보험금 청구에 대한 더 자세한 내용은 당사 홈페이지 (www.kbinsure.co.kr)를 통해 확인하실 수 있으며, 기타 자세한 문의는 고객콜센터(☎1544-0114)를 참고 바랍니다.

보험금 지급 심사 절차



※ 보험업감독규정 중 [금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면, 「금융기관은 인가등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다」라고 명시하고 있습니다.

개인신용정보 제공이용에 대한 고객 권리 안내

1. 금융서비스 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장·인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 "본인정보")를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 해당 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 "마케팅") 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

신 청 방 법

- 전화 : ☎ 1544-0114 (지역번호 없이)
- 서면 : 135-550 서울특별시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩
- 홈페이지 : http://www.kbinsure.co.kr
  [인터넷창구 > 고객정보변경 > 개인정보활용동의철회]

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 해당 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

※ 신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제38조에 따라 전국은행연합회, 신용조회회사, 금융회사 등이 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있습니다. 또한 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처
  · 코리아크레딧뷰로㈜ : ☎ 02)708-1000
  인터넷 www.koreacb.com
  · NICE평가정보㈜ : ☎ 02)2122-4000
  인터넷 www.nice.co.kr

※ KB손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

3. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 문제가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

구분	당사 개인신용정보 보호담당자	손해보험협회 개인신용정보 보호담당자	금융감독원 금융민원센터
전화	(02)6900-2114	(02) 3702-8500	(국번없이) 1332
주소	서울 강남구 테헤란로117 KB손해보험빌딩 정보보호파트	서울시 종로구 종로1길 50	서울시 영등포구 여의대로 38

※ 보험계약과 관련하여 불만사항 등이 있을 경우 당사 고객콜센터 [☎ 1544-0114]로 연락주시기 바랍니다.

고객정보 취급방침

KB금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객여러분께 깊은 감사를 드립니다. KB금융그룹은 금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

금융지주회사법 제48조의 2 (고객정보의 제공 및 관리)

① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조 제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조, 제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조 제1항에 따른 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 "고객정보제공절차"라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 제공할 수 있는 정보의 범위
2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
3. 고객정보의 분리 보관
4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 "증권총액정보등"이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 예탁한 금전의 총액
2. 예탁한 증권의 총액
3. 예탁한 증권의 종류별 총액
4. 채무증권의 종류별 총액
5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액

6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 KB금융그룹은 KB금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간에 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

Ⅰ. 제공되는 고객정보의 종류

1. 『금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률』 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제2조 제2호 및 동법 시행령 제2조 제2항에 따른 개인신용정보
3. 『금융지주회사법』 제48조의2 제2항에 따른 증권총액정보등(위 금융지주회사법 제48조의2 제2항 참조)

Ⅱ. 고객정보의 제공처

KB금융그룹 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 KB금융지주(금융지주회사), KB국민은행(은행 및 외국환업), KB증권(금융투자업), KB손해보험(손해보험업), KB국민카드(신용카드업), KB라이프생명(생명보험업), KB자산운용(집합투자업, 투자일임 및 투자자문), KB캐피탈(리스, 할부금융업), KB부동산신탁(신탁업), KB저축은행(상호저축은행업), KB인베스트먼트(투자 및 융자업), KB데이타시스템(시스템, 소프트웨어 개발 및 공급업), KB신용정보(신용조사 및 추심대행업)입니다.

Ⅲ. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

KB금융그룹에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리·감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

① 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.

② 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.

③ 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.

④ 고객정보의 요청 및 제공 시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.

⑤ 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.

⑥ 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 제·개정 시 2개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함), 그리고 각 그룹사 홈페이지등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.

⑦ 고객정보를 제공하는 경우 고객정보조회시스템을 구축하고 연1회 이상 통지하는 등 고객의 자기정보 접근권을 제공하는 데 최선을 다할 것입니다.

⑧ 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적정한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리, 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.

⑨ 고객정보 제공 및 관리에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송·수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격ẑ침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

KB금융그룹은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분들께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

KB 금 융 그 룹

KB금융지주	고객정보관리인	KB국민은행	고객정보관리인
KB증권	고객정보관리인	KB손해보험	고객정보관리인
KB국민카드	고객정보관리인	KB라이프생명	고객정보관리인
KB자산운용	고객정보관리인	KB캐피탈	고객정보관리인
KB부동산신탁	고객정보관리인	KB저축은행	고객정보관리인
KB인베스트먼트	고객정보관리인	KB데이타시스템	고객정보관리인
KB신용정보	고객정보관리인		

보통약관

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01) 약관



제1절 일반조항

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 피보험자의 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

용 어	정 의	
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.	
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다. 그리고 1종(해약환급금지급형)에 한하여 만기환급금 지급시기에 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.	
피보험자	상해, 질병 및 비용손해 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.

2. 지급사유 및 보상 관련 용어

용 어	정 의
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 상해를 말합니다.
장해	【별표1】(장해분류표)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
중요한 사항	계약전 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.
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)가 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
보상한도액	배상책임에 있어 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 보험금 등의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.

용 어	정 의
한국표준질병·사인분류	제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)를 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 판단합니다. • 대상 질병(상병) 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상 질병(상병) 분류에 포함합니다. • 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. • 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병)에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병(상병)분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

부 가 설 명	한국표준질병·사인분류 부호 체계
질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다. - 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드 - 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드	

3. 지급금과 이자율 관련 용어

용 어	정 의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. 원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때 - 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원 - 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 "업무자료-보험상품자료"에서 확인할 수 있습니다.)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
이미 납입한 보험료	계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 노동절을 제외합니다.

관 련 법 규	(대통령령 제31930호) 관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조

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 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
   1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
   2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
   3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 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.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제 2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절 보통약관의 보장을 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절 보통약관의 보장을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 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. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카 이다이빙, 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 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

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

제7조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

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 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 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. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

용 어 풀 이	분쟁조정 신청
분쟁조정 신청은 이 약관의「분쟁의 조정」조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상 기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.	

3 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

4 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

용 어 풀 이	가지급보험금
보험금 지급이 늦어지는 경우 회사가 지급할 것으로 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 보험금 가지급제도에 따라 먼저 지급하는 보험금을 말합니다.	

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 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.

용 어 풀 이	정당한 사유
의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말하며, 가령 천재지변, 전쟁, 사변 등으로 인해 이행이 불가능한 경우 등이 있습니다.	

7 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(만기환급금의 지급)

< 1종(해약환급금지급형) >

1 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.

2 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

3 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에 따릅니다.

4 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일부터

이 보험의 "보장성-1701 공시이율"(이하 "공시이율" 이라 합니다)을 연단위 복리로 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다.

용 어 풀 이	

· **적립부분 순보험료** : 적립보험료에서 사업비를 차감한 보험료
· **보험료납입일** : 보험료가 회사에 입금된 날

5 제4항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 바에 따라 아래와 같이 결정합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용합니다.

1. "보장성-1701 공시이율"은 매월 마지막날 회사가 정한 이율로 하며, 다음달 1일부터 마지막날까지 1개월간 확정 적용합니다.
2. 회사는 외부지표금리와 운용자산이익률을 가중평균하여 산출된 공시기준이율에 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 적용하여 "보장성-1701 공시이율"을 결정합니다.
3. "보장성-1701 공시이율"의 최저보증이율은 연단위 복리 0.2%를 적용합니다.
4. 세부적인 "보장성-1701 공시이율"의 운용방법은 회사에서 별도로 정한 "보장성-1701 공시이율 적용에 관한 지침"을 따릅니다.

6 회사는 제4항 및 제5항의 "보장성-1701 공시이율" 및 산출방법 등을 회사의 인터넷홈페이지 등에 매월 공시합니다.

용 어 풀 이	

· **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.

· **최저보증이율**
운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립액이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.1%인 경우(최저보증이율은 0.2%일 경우), 적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.2%)로 적립됩니다.

· **사업방법서**
회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

· **외부지표금리**
사업방법서에 정한 방법에 따라 국고채 수익률, 회사채 수익률, 통화안정증권 수익률 및 양도성예금증서 유통수익률을 기준으로 산출합니다.

· **운용자산이익률**
사업방법서에 정한 방법에 따라 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

< 2종(표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)) >

이 계약은 순수보장성 상품으로 회사는 보험수익자에게 만기환급금을 지급하지 않습니다.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 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 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

예 시	보험금을 나누어 지급받을 경우

예) 보험금: 6천만원, 보험금 지급일자: 2024년 4월 10일 일때 보험금을 일시에 받지않고 3년 동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급 금액
2024년 4월 10일	2천만원
2025년 4월 10일	2천만원 X (1+ 평균공시이율)
2026년 4월 10일	2천만원 X $(1+\text{평균공시이율})^2$

※ 평균공시이율이란 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 "업무자료-보험상품자료"에서 확인할 수 있습니다)

제11조(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 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조(보험수익자의 지정)

1 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제9조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

2 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

용 어 풀 이	법정상속인

피상속인의 사망으로 인하여 민법에서 정한 상속순서에 따라 상속이 되는자를 말합니다.

※ 상속순위

① 피상속인의 직계비속 ② 피상속인의 직계존속

③ 피상속인의 형제자매 ④ 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

제13조(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 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

예 시	계약자가 2명 이상인 경우

계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

· **연대**

2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

관 련 법 규	상법

· 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 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

· 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

관 련 법 규	의료법

· 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의2(병원등)의 규정에 의한 병원

30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)

· 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

제15조(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

부 가 설 명	직업 또는 직무

· 직업

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일을 말합니다.
2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말합니다.
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

· 직무

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일을 말합니다.

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 제22조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

부 가 설 명	위험변경에 따른 계약 변경 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 없음) 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.

예 시	비례 보상 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 × (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 변

경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

유 의 사 항	
계약자 또는 피보험자는 상해보험계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야 합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금 지급이 제한될 수 있습니다. ※유의사항 관련 예시: A씨(피보험자)는 일반 사무직으로 근무하던 중 상해보험을 가입하고 몇 년 후 물품배달원으로 직업을 변경하였으나 이를 고의 또는 중대한 과실로 보험회사에 알리지 않았고, 물품 배달 업무 중 일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적게 지급되었습니다.	

용 어 풀 이	중대한 과실
주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반	

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

2 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초 계약 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 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피

보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 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 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

5 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제15조(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 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

8 제32조(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.

유 의 사 항	
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 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.	

용 어 풀 이	해지
현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것	

제17조(사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스병(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 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 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
2 회사는 보험의 목적 및 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
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 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
6 제5항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
   1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
   2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
7 제5항의 "청약일로부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
8 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

용 어 풀 이	

· **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 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

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

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

제19조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
2. 보험기간이 90일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

용 어 풀 이	

· **전문금융소비자**
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 "금융소비자보호에 관한 법률" 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

· **일반금융소비자**
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

관 련 법 규	금융소비자보호에 관한 법률

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

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 금융상품계약체결 등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 경우 45일)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 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지

급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 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.

3 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성 녹음 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 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

용 어 풀 이	통신판매계약
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.	

용 어 풀 이	자필서명
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.	

관 련 법 규	전자서명법 제2조(정의)
"전자서명" 이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실	

용 어 풀 이	약관의 중요한 내용
금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무)등에서 정한 다음의 내용을 말합니다. · 위험보장사항 및 각각의 보험료 · 청약의 철회에 관한 사항(기한·행사방법·효과 등) · 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건 · 고지의무 및 통지의무 위반의 효과 · 계약의 취소 및 무효에 관한 사항 · 해약환급금에 관한 사항(납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실 포함) · 민원처리 및 분쟁조정절차에 관한 사항 · 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건 · 저축성 보험계약의 공시이율 · 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항 · 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항	

제21조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 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 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)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 규약에

서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 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.

용 어 풀 이	

· 심신상실자

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

· 심신박약자

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

제22조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 단, 2종(표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후))의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액, 적립보험료 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료(1종(해약환급금지급형)의 경우 적립보험료를 포함합니다), 배상책임의 경우 보상한도액 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

부 가 설 명
계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 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 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

4 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제37조(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 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다. 또한, 계약자가 보험수익자 변경권을 행사하지 않고 사망한 경우, 최초 지정된 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 경우 그 승계인이 보험수익자 변경에 관한 권리를 행사할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계 받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

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

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.

8 제1항에 따라 보험료 등의 감액 또는 증액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해약)환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

용 어 풀 이	감액
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.)	

용 어 풀 이	
· 사업방법서 회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다. **· 계약자적립액** 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.	

제23조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(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 계약

해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 여기서 "신분증"이란 주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증을 말합니다.

4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 계약자적립액 또는 해약환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

예 시	

· 보험나이 계산

생년월일 : 1994년 10월 2일, 현재(계약일) : 2024년 4월 13일

⇒ 2024년 4월 13일 - 1994년 10월 2일 = 29년 6월 11일 = 30세

· 계약해당일 계산

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

계약일: 2024년 10월 1일 => 계약해당일: 10월 1일

계약일: 2028년 2월 29일 => 계약해당일: 2월 말일

제24조(계약의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

부 가 설 명	사망에 관한 세부규정

이 보험에서 정하는 사망은 보험기간에 다음 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.

부 가 설 명	실종선고

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

관 련 법 규	민법 제27조(실종의 선고)

1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

용 어 풀 이	미경과보험료

미경과보험료는 보험계약자가 납입한 보험료 중에서 아직 당해 보험료 기간이 경과되지 않은 보험료를 말합니다. 단, 사업방법서에 따라 회사가 보험료를 할인한 경우 할인금액은 차감합니다.

예) 1년치 보험료(연납)을 받은 후 6개월이 경과했다면, 6개월(미경과 기간)에 대응하는 것으로 미경과보험료라고 합니다.

제25조(계약의 자동갱신)

< 1종 >

1 회사는 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보험료를 정상적으로 납입완료한 경우에 한하여 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 "갱신계약"이라 합니다)

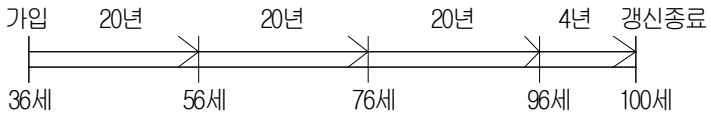
2 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 갱신시점에서 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 그 잔여보험기간을 보험기간으로 하고 납입기간은 전기납으로 합니다.

예 시	36세의 피보험자가 20년만기로 100세까지 갱신하는 경우

갱신시점의 나이 : 56세, 76세, 96세

- 96세에서는 100세 갱신종료시점까지의 잔여보험기간에 해당하는 4년만기로 운용합니다.



4 회사는 갱신계약에 대하여 보험증권에 그 내용을 기재해 드립니다.

5 제1항에 따라 자동 갱신되는 경우 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

< 2종 >

이 계약은 제25조(계약의 자동갱신)를 적용하지 않습니다.

제26조(자동갱신 적용)

< 1종 >

1 회사는 제25조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 계약이 갱신되는 경우 최초 계약시의 보험약관을 계속하여 적용합니다.

2 회사는 갱신계약에 대하여 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 갱신일 현재의 변경된 보험료를 적용하며, 보험요율에 관한 제도의 변경에 따라 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"가 변경된 경우 갱신일 현재의 제도를 적용합니다. 갱신시 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

3 회사는 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제2항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신 전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

4 제1항에도 불구하고 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

5 제4항에 따라 변경된 약관을 적용하게 되어 보장내용이 변경되는 경우, 회사는 제3항에도 불구하고 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 갱신 전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

6 회사는 제5항의 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신 전 계약의 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신합니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 갱신 전 계약은 만료됩니다.

7 제5항 및 제6항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신일 이후 납입한 갱신계약의 보험료를 돌려드립니다.

예 시	40세의 피보험자가 10년만기로 갱신하는 경우

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 계약보험료는 가입시점의 40세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 10년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(40세 → 50세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다.

한편, 세 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 30년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(60세 → 70세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구 분	40세	50세	60세	70세	…	비 고
계약보험료	5,000원	6,200원	7,600원	12,500원	…	
최초계약 보험료표	5,000원	6,500원	8,000원	10,000원	…	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	…	나이증가 위험률인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	…	나이증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300원	8,000원	9,900원	12,500원	…	나이증가 위험률상승
:	:	:	:	:	:	

< 2종 >

이 계약은 제26조(자동갱신 적용)를 적용하지 않습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 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.

용 어 풀 이	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 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 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 해드립니다.

4 제1항의 보험료는 제3조(보험금의 지급사유) 에 정한 보험금의 지급에 필요한 보험료(이하 "보장보험료"라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 "적립보험료"라 합니다)로 구성됩니다.(이하 "보장보험료"와 "적립보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

< 1종 >

1 계약자는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제25조(계약의 자동갱신)에 의해 계약이 자동 갱신된 경우에는 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 때에는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않는 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 계약은 해지된 것으로 봅니다.

3 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

용 어 풀 이	납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 보험료의 납입을 재촉하는 것을 말합니다.	

< 2종 >

이 계약은 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)를 적

용하지 않습니다.

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.

용 어 풀 이	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 있으며, 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 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 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 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 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.

용 어 풀 이	자동대출납입
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.	

제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려드립니다.

④ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 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 알려 드립니다.

⑤ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 보험업감독규정 제4-36조 제3항에 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

⑥ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

용 어 풀 이	납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 보험료의 납입을 재촉하는 것을 말합니다.	

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 해약

환급금이 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 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 제1항에서 정한 해지계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

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

제33조(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 제22조(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.

용 어 풀 이	

· 강제집행

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

· 담보권실행

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

· 국세 및 지방세 체납처분 절차

국세 및 지방세 체납처분 절차란 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. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다. 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(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제21조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조의1(위법계약의 해지)

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

2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

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 바

에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

용 어 풀 이	

· 위법계약

위법계약이라 함은「금융소비자보호에 관한 법률」제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

· 제척기간

어떤 종류의 권리에 대하여 법률이 정하고 있는 존속 기간을 말하며, 이 기간이 지나면 권리가 소멸됩니다.

제35조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 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.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제36조(회사의 파산선고와 해지)

1 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 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 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다. 또한, 2종(표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후))은 보험료 납입기간 중 이 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.

유의사항	2종의 해약환급금 관련

1. 2종(표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형 상품보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 표준형 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
2. 회사는 2종(표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)) 계약을 체결할 때 표준형 상품과 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
3. 표준형 상품이란 "보험료 산출시 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장의 상품"으로 실제 판매하지 않는 상품입니다.

보험지식	해약환급금 예시

1. 납입기간 중 해지시 : 0원(해약환급금 미지급)
2. 납입완료 후 해지시(표준형 상품의 해약환급금이 100만원일 경우)
   2종(표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후))의 해약환급금
   : 100만원 X 50% = 50만원

2 제1항에도 불구하고 2종(표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후))의 【갱신계약】 특별약관은 해당 특별약관의 보험기간 중 계약이 해지될 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

3 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.

4 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

5 제34조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 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, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

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

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제39조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 지정대리청구에 관한 사항

제40조(적용대상)
이 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제41조(지정대리청구인의 지정)
1 계약자는 계약체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 2인이내에서 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)을 지정할 수 있으며, 2인을 지정대리청구인으로 지정시 대표대리인을 지정해야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제42조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당해야 합니다.
   1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
   2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제40조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제42조(지정대리청구인의 변경지정)
계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
   1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
   2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 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)

제43조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)
지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
   4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
   5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제44조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차)

1 지정대리청구인은 제43조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제40조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8관 분쟁의 조정 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 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 "금융소비자보호에 관한 법률" 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제46조(관할법원)

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

제47조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

부 가 설 명	소멸시효
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2024년 9월 1일에 발생하였음에도 2027년 9월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 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 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

용 어 풀 이	신의성실의 원칙
신의성실의 원칙이라 함은 계약관계의 당사자는 권리를 행사하거나 의무를 이행할 때 상대방의 정당한 이익을 배려해야 하고 신뢰를 저버리지 않도록 행동해야 한다는 원칙을 말합니다.(「민법」 제2조 제1항)	

관 련 법 규	민법 제2조(신의성실) 제1항
① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.	

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 제2호에 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 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

용 어 풀 이	보험안내자료
계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다.	

제50조(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.

용 어 풀 이	현저하게 공정을 잃은 합의
사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.	

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, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유

지, 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.

관 련 법 규	개인정보보호법

제17조(개인정보의 제공) : 회사는 계약자 등의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 계약자 등에게 알려야 하며, 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

관 련 법 규	신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

· 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

회사가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우 다음 각 호 중 하나의 방식으로 미리 동의를 얻어야 한다.

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 유무선통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선통신으로 동의 내용을 알리고 동의를 받는 방법
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

· 제33조(개인신용정보의 이용) 제2항

회사가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하는 경우 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제52조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제53조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

용 어 풀 이	예금자보호제도

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 보험계약자 1인당 최고 1억원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

제2절 보통약관의 보장

1. 일반상해80%이상후유장해
1. 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액 전액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 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 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2. 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3. 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
4. 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5. 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 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 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장

해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

특별약관

제1장 상해 관련 특별약관

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01) 약관



제1장 상해 관련 특별약관

1. 일반상해사망
1. 일반상해사망【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의"사망"에는 보험기간에 다음 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.

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

관 련 법 규	민법 제27조(실종의 선고)
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다. 2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.	

2 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

2. 일반상해후유장해(3~100%)

2. 일반상해후유장해(3~100%)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(3~100%) 보험금으로 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 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따

를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 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 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

예 시	장해지급률 계산
① 보험가입 전 한 다리의 관절에 약간의 장해(지급률 5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 다리의 해당관절이 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)	⇒ 보험가입 후 상해로 인한 장해지급률(30%)에서 보험가입 전 장해지급률(5%)을 차감한 지급률 25%(=30%-5%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급
② 보험가입 후 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률15%)인 상태에서 이후 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하가 된 경우(지급률 35%)	⇒ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 지급률 20%(=35%-15%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

3. 상해입원일당(1일이상)II
3. 상해입원일당(1일이상)II【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상해입원일당을 계속 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

4. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외)
4. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표3】(골절분류표Ⅱ(치아파절제외))에서 정한 골절(치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

5. 골절수술비
5. 골절수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표4】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 골절수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

6. 화상진단비
6. 화상진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표5】(화상분류표)에 정한 화상으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.
2 제1항의 화상이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 의하여 【별표5】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 화상진단비는 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

7. 화상수술비
7. 화상수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표5】(화상분류표)에 정한 화상으로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

2 제1항의 화상이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 의하여 【별표5】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 화상수술비는 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니

다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해

약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

8. 상해수술비
8. 상해수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 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. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여

성형 유방증'을 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. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)

5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

9. 상해수술비(종합병원)
9. 상해수술비(종합병원)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 종합병원에서 수술을 받은 경우 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1. 제1조(보험금의 지급사유)의 상해수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.
2. 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 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. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한

시력개선 목적의 이중검수술은 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 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. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)

5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 "종합병원"의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "종합병원"에서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

10. 상해수술비(상급종합병원)
10. 상해수술비(상급종합병원)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 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. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다) · 축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 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. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 "상급종합병원"의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "상급종합병원"에서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해

약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

11. 상해1~5종수술비(매회지급)
11. 상해1~5종수술비(매회지급) 【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)
이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 상해1~5종수술비(매회지급)(1종) 보장
- 상해1~5종수술비(매회지급)(2종) 보장
- 상해1~5종수술비(매회지급)(3종) 보장
- 상해1~5종수술비(매회지급)(4종) 보장
- 상해1~5종수술비(매회지급)(5종) 보장

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "1~5종수술II 분류표"(【별표34】 1~5종수술II 분류표)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해1~5종수술비로 보험수익자에게 수술 1회당 지급합니다.

구 분	지급금액				
	1종	2종	3종	4종	5종
상해1~5종수술비 (매회지급)	각 보장의 보험가입금액 100%				

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 상해1~5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 상해1~5종수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 상해1~5종수술비에서 이미 지급한 상해1~5종수술비를 차감하고 지급합니다.
다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
2 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 기능

과 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.

용 어 풀 이	체간골
체간골이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.	

3 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하여 【별표34】(1~5종수술Ⅱ 분류표)에서 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

12. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)
12. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 에 상해의 직접결과로써 【별표4】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단확정 된 경우, 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
3 제1항에서 골절진단비의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문

의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

13. 상해중환자실입원일당(1일이상)II
13. 상해중환자실입원일당(1일이상)II【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
3 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표21】 참조. 이하 같습니다)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해중환자실입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상해중환자실입원일당을 계속 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의

하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

14. 종합병원상해입원일당(1일이상)
14. 종합병원상해입원일당(1일이상)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 종합병원 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도

퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 종합병원 상해입원일당을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

9 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

15. 상급종합병원상해입원일당(1일이상)
15. 상급종합병원상해입원일당(1일이상)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상급종합병원 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상급종합병원 상해입원일당을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당을 지급합니다.

9 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따

를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 상급종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

16. 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)

16. 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)로 보험수익자에게 지급합니다.

지 급 기 준	지 급 금 액
간병인 사용시간이 1일당 8시간 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우	보험가입금액의 100%

예 시 | **간병인사용 상해입원일당II 계산**

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용 예시
- 입원기간 : 2026년 4월 1일 ~ 2026년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2026년 4월 10일 오후7시 ~ 2026년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	×	○	○	○	○
지급금액	2만5천원	5만원	5만원	5만원	5만원

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 미만이므로 보험가입금액의 50%를 지급

· 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일) 지급금액
: 2만5천원 + 5만원×4일 = 22만5천원 지급

2 제1항의 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)는 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사

는 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 의료법 제 4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)는 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)을 말합니다.

제5조(간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 직업안정법상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였

을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

예 시	간병인의 주요업무
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 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. 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용시간, 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 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.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

17. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)
17. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원) 【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의

하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

1. 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
2. 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 직업안정법상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.
3. 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며,의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.

예 시	간병인의 주요업무
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1. 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2. 의료법 제 4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)은 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1. 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사 양식)
   2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 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. 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 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.

3 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

18. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)
18. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호간병통합서비스 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에

서 정한 의료기관은 제외)을 말합니다.

제4조(간호간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 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」 제2조3호에 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.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 시행규칙 제1조의4(간호 · 간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 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 제4조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

3 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

19. 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)

19. 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외) 또는 의원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원한 날만을 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상해입원일당을 계속 지급합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 다른 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외) 또는 의원으로

이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에 해당하는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상해입원일당을 지급합니다.

9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상해입원일당을 지급합니다.

10 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다. 단, 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"은 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해

약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

20. 상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)

20. 상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원한 날만을 기준으로 합니다.
2 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상해입원일당을 계속 지급합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 피보험자가 다른 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상해입원일당을 지급합니다.
7 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원

한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하게 된 경우 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상해입원일당을 지급합니다.

9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상해입원일당을 지급합니다.

10 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

21. 종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)
21. 종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 상해입원일당(1인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 종합병원 상해입원일당(1인실)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 상해입원일당(1인실)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 종합병원 상해입원일당(1인실)을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 상해입원일당(1인실)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지

계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

9 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

10 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

22. 상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)
22. 상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 상해입원일당(1인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상급종합병원 상해입원일당(1인실)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 60일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 상해입원일당(1인실)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1인실)을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 상해입원일당(1인실)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 상급병실(1인실) 입원하여 치

료를 받던 중 해당 병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1인실)을 지급합니다.

9 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

10 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 상급종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

23. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)

23. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원한 날만을 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호간병통합서비스 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 다른 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

6 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신

병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에 해당하는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 상해입원일당을 지급합니다.

10 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

11 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원을 말합니다. 단, 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제5조(간호간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 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」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 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.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 시행규칙 제1조의4(간호 · 간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 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 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

3 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합

니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

24. 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)

24. 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)

【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외) 또는 의원에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 180일초과 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

지 급 기 준	지 급 금 액
간병인 사용시간이 1일당 8시간 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우	보험가입금액의 100%

예 시	간병인사용상해입원일당 계산

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용 예시
- 입원기간 : 2026년 4월 1일 ~ 2026년 10월 30일
- 간병인 사용기간 : 2026년 4월 1일 ~ 2026년 10월 2일 오전7시

구분	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간 이상 여부	○	○	○	○	×
지급금액	5만원	5만원	5만원	5만원	2만5천원

→ 9월 28일이 181일째 입원일이므로 9월 28일 이후부터 보장
10월 2일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 미만이므로 보험가입금액의 50%를 지급

· 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 지급금액
: 5만원×4일 + 2만5천원= 22만5천원 지급

2 제1항의 간병인사용상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용상해입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원한 날만을 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 다른 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외) 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

6 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용상해입원일

당을 지급합니다.

8 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에 해당하는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용상해입원일당을 지급합니다.

9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용상해입원일당을 지급합니다.

10 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

11 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다. 단, 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"은 제외합니다.

제5조(간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병

인 중개 서비스 사업자는 직업안정법상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

예 시	간병인의 주요업무
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용상해입원일당은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 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. 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용시간, 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 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 간병근

무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

25. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)
25. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는 "입원 상해재활치료(급여)" 횟수와 "통원 상해재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 15회를 한도로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하

며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조("상해 재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "상해 재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

26. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)
26. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는 "입원 상해재활치료(급여)" 횟수와 "통원 상해재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조("상해 재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "상해 재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당

하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

27. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)
27. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는 "입원 상해재활치료(급여)" 횟수와 "통원 상해재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 60회를 한도로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조("상해 재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "상해 재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하

는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

28. 중대한화상및부식진단비
28. 중대한화상및부식진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 제3조(중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)의 정의 및 진단확정)의 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 중대한화상및부식진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서"중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"이라 함은"9의 법칙(Rule of 9's)"또는"룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)"에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다.
다만,"9의 법칙"또는"룬드와 브라우더 신체 표면적 차트"측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

2 "중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
또한, 회사가 "중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한화상및부식진단비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이

특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

29. 치아파절진단비(연간3회한)

29. 치아파절진단비(연간3회한)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표30】(치아파절 분류표)에서 정한 치아파절로 진단확정 된 경우 연간 3회에 한하여 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 치아파절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

3 제1항에서 치아파절진단비의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 치아파절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 치아파절 발생시에는 1회에 한하여 치아파절진단비를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

30. 기후성질환진단비(연간1회한)
30. 기후성질환진단비(연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기후성질환(온열질환)" 또는 "기후성질환(저체온질환)"으로 진단 확정된 경우에는 각각 연간1회에 한하여 아래에 정한 금액을 기후성질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
기후성질환(온열질환)	이 특별약관의 보험가입금액 100%
기후성질환(저체온질환)	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 기후성질환진단비는 "기후성질환(온열질환)" 또는 "기후성질환(저체온질환)"의 직접적인 원인, 질환의 종류 및 질환의 부위와 상관없이 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("기후성질환(온열질환)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기후성질환(온열질환)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표70】(기후성질환(온열질환) 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "기후성질환(온열질환)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "기후성질환(온열질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조("기후성질환(저체온질환)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기후성질환(저체온질환)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표71】(기후성질환(저체온질환) 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "기후성질환(저체온질환)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제

외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 임상적 특징 또는 혈압 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "기후성질환(저체온질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

31. 독액성동물접촉중독진단비(연간1회한)
31. 독액성동물접촉중독진단비(연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"으로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 독액성동물접촉중독진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에서 독액성동물접촉중독진단비는 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"의 직접적인 원인, 중독의 종류 및 중독 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 섭취에 의한 중독
3. 동물을 매개로 한 감염

4. 봉침, 살모사주(酒) 등과 같이 치료, 미용 등의 목적으로 독액성 동물 또는 독액성 동물에서 추출한 독액과 접촉(물림, 쏘임, 주입, 섭취 등 포함. 이하 같습니다)하는 경우 및 독액을 추출하는 과정에서 접촉하는 경우
5. 꿀벌, 모기, 진드기, 거머리 등 독성이 없는 동물과의 접촉
6. 독액성 동물과 접촉하였으나 독성효과가 나타나지 않아, 해독 또는 무독화 처치를 하지 않은 경우

제4조("독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표72】(독액성동물접촉중독 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

32. 종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)
32. 종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 상해입원일당(2-3인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 종합병원 상해입원일당(2-3인실)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 상해입원일당(2-3인실)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 종합병원 상해입원일당(2-3인실)을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 상해입원일당(2-3인실)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 종합병원의 2인실 또는 3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 종합병원 2인실 또는 3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 2인실 또는 3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2인실 또는 3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 상해입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병

원 상해입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

9 중환자실 및 격리실에 입원한 경우에는 보장에서 제외합니다.

용 어 풀 이	
· **중환자실** 「의료법」 시행규칙 제34조 [별표4] 의료기관의 시설기준 및 규격에서 정한 중환자실의 시설·장비를 갖춘 병실 · **격리실** 전염력이 강한 전염성 환자, 면역이 억제된 환자 또는 보건복지부장관이 격리가 필요하다고 인정한 환자를 일반 환자와 격리하여 치료하기 위한 병실	

10 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

33. 상급종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)

33. 상급종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 상해입원일당(2-3인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 상급종합병원 상해입원일당(2-3인실)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원한 날만을 기준으로 60일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 상해입원일당(2-3인실)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(2-3인실)을 계속 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 상해입원일당(2-3인실)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 피보험자가 다른 상급종합병원의 2인실 또는 3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 상급종합병원 2인실 또는 3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 2인실 또는 3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1

항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2인실 또는 3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 상해입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

9 중환자실 및 격리실에 입원한 경우에는 보장에서 제외합니다.

용 어 풀 이	

· 중환자실

「의료법」 시행규칙 제34조 [별표4] 의료기관의 시설기준 및 규격에서 정한 중환자실의 시설·장비를 갖춘 병실

· 격리실

전염력이 강한 전염성 환자, 면역이 억제된 환자 또는 보건복지부장관이 격리가 필요하다고 인정한 환자를 일반 환자와 격리하여 치료하기 위한 병실

10 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 상급종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제4조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

34. 상해흉터복원수술비
34. 상해흉터복원수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자에게 하나의 사고에 대하여 500만원한도로 지급합니다.

(보험가입금액 7만원 고정)

구분	안면부	상지·하지
상해흉터복원수술비	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3㎝이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술㎝는 최장직경으로 함

2 제1항에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.
1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

3 제1항의 "성형수술"은 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사

고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 상해흉터복원수술비는 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제4조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

35. 상해흉터복원수술비Ⅱ(안면부)
35. 상해흉터복원수술비Ⅱ(안면부)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 아래와 같이 최대 수술길이에 따라 상해흉터복원수술비Ⅱ(안면부)를 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

구 분	지급금액
안면부(5㎝이상~ 10㎝미만)	가입금액의 60%
안면부(10㎝이상)	가입금액의 100%

2 제1항에서 정한 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
3 제1항의 최대 수술길이란 하나의 독립된 반흔(흉터)의 최대 길이를 기준으로 하며, 길이측정이 불가한 식피술(피부이식수술)등의 경우에는 반흔(흉터)을 벗어나지 않는 범위에서 측정한 최대 직선길이로 합니다.
4 제1항의 "성형수술"은 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 상해흉터복원수술비Ⅱ(안면부)는 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

36. 일반상해후유장해(20~100%)
36. 일반상해후유장해(20~100%)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 20~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(20~100%)보험금으로 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 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 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 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한

후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

예 시	장해지급률 계산
① 보험가입 전 한 다리의 관절에 약간의 장해(지급률 5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 다리의 해당관절이 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)	⇒ 보험가입 후 상해로 인한 장해지급률(30%)에서 보험가입 전 장해지급률(5%)을 차감한 지급률 25%(=30%-5%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급
② 보험가입 후 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률15%)인 상태에서 이후 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하가 된 경우(지급률 35%)	⇒ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 지급률 20%(=35%-15%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

37. 5대골절진단비
37. 5대골절진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표74】(5대골절분류표)에서 정한 5대 골절로 진단확정 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 5대골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의

하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

38. 5대골절수술비
38. 5대골절수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표74】(5대골절분류표)에서 정한 5대 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 5대골절수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 5대골절수술비만 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은

보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

39. 외상성특정뇌손상 진단비
39. 외상성특정뇌손상 진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 "외상성특정뇌손상"으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성특정뇌손상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(외상성특정뇌손상의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외상성특정뇌손상"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표75】(외상성특정뇌손상 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "외상성특정뇌손상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 외상성특정뇌손상진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

40. 외상성특정장기손상 진단비
40. 외상성특정장기손상 진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 "외상성특정장기손상"으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성특정장기손상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(외상성특정장기손상의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외상성특정장기손상"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표76】(외상성특정장기손상 분류표)에서 정한 상병을 말합니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈등은 제외합니다.

2 "외상성특정장기손상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 초음파검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 외상성특정장기손상진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

41. 외상성특정뇌출혈 진단비
41. 외상성특정뇌출혈 진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 "외상성특정뇌출혈"로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성특정뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(외상성특정뇌출혈의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외상성특정뇌출혈"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표86】(외상성특정뇌출혈 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "외상성특정뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 외상성특정뇌출혈진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

특별약관

제2장 질병 관련 특별약관

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01) 약관



제2장 질병 관련 특별약관

1. 질병사망
1. 질병사망【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 질병으로 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

2. 질병80%이상후유장해
2. 질병80%이상후유장해【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 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 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 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한

후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

3. 질병후유장해(3~100%)
3. 질병후유장해(3~100%)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 질병후유장해(3~100%) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않

는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 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 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 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

4. 질병입원일당(1일이상)
4. 질병입원일당(1일이상)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

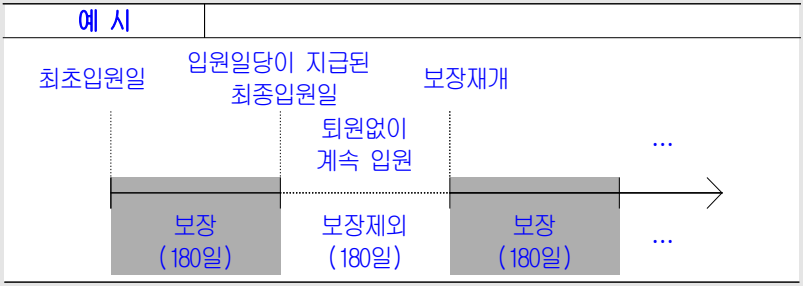
제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최

초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않

습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

5. 암진단비(유사암제외)
5. 암진단비(유사암제외)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

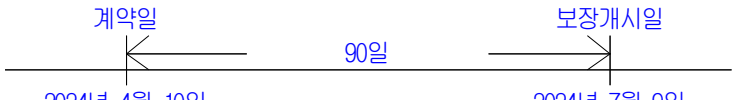
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
암(유사암제외)	암(특정소액암 및 유사암제외)	이 특별약관의 보험가입금액 100%		이 특별약관의 보험가입금액 100%
	특정소액암	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시 — **암의 보장개시일**



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(특정소액암 및 유사암제외)" 또는 "특정소액암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

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

2 이 특별약관에 있어서 "암(특정소액암 및 유사암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암" 및 제5항에서 정한 "특정소액암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "특정소액암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표16】(특정소액암 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암" 을 제외한 질병을 말하며, 제2항에서 정한 "암(특정소액암 및 유사암제외)" 와 제5항에서 정한 "특정소액암"으로 구분됩니다.

7 "암(특정소액암 및 유사암제외)", "특정소액암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(특정소액암 및 유사암제외)", "특정소액암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(특정소액암 및 유사암제외)", "특정소액암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

6. 유사암진단비
6. 유사암진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정 되었을 때에는 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
기타피부암 진단비 제자리암 진단비 경계성종양 진단비 갑상선암 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("기타피부암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("기타피부암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표8】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표9】(행동양식 불

명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제1항에서 정한 "기타피부암", 제2항에서 정한 "갑상선암", 제3항에서 정한 "제자리암" 및 제4항에서 정한 "경계성종양"을 말합니다.

6 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

- 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(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

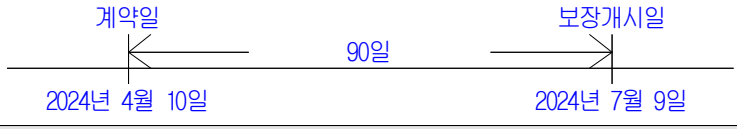
7. 암수술비(유사암제외)
7. 암수술비(유사암제외)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(유사암제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(유사암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로

서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(항암약물치료의 정의)

"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험

자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

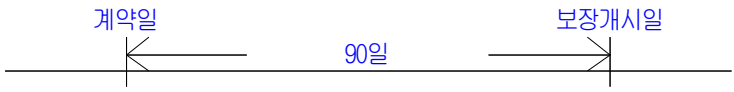
8. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)
8. 암수술비(유사암제외)(최초1회한) 【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(유사암제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘

흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(유사암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

- 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(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(항암방사선치료의 정의)
"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(항암약물치료의 정의)
"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 무효)
회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(유사암제외)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

9. 유사암수술비
9. 유사암수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암수술보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 항암방사선 및 항암약물치료는 유사암수술보험금이 지급되지 않습니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("기타피부암" 등의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표8】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표9】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제1항에서 정한 "기타피부암", 제2항에서 정한 "갑상선암", 제3항에서 정한 "제자리암" 및 제4항에서 정한 "경계성종양"을 말합니다.
6 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또

는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

- 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(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(항암방사선치료의 정의)
"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(항암약물치료의 정의)
"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

10. 암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)
10. 암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암직접치료입원일당(요양제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을

제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하였을 때

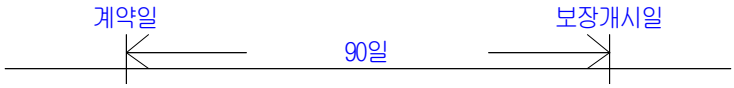
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 1일 이상 계속 입원하였을 때

구 분	지 급 금 액
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	이 특별약관의 보험가입금액 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	이 특별약관의 보험가입금액 20%

2 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

3 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



4 제3항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 입원이라도 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

2 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당은 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
4 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표8】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.
6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표9】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
7 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("암의 직접적인 치료"의 정의)

1 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.
2 "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
3 "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 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 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의

소멸)는 제외합니다.

11. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)
11. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암요양병원입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하였을 때
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하였을 때

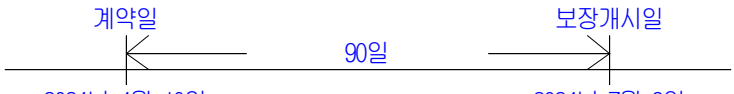
구 분	지 급 금 액
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	이 특별약관의 보험가입금액 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	이 특별약관의 보험가입금액 20%

2 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 합니다.

3 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선

암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 입원이라도 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 인한 입원의 경우, 최초계약 가입일부터 지급된 암요양병원입원일당의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 인한 암요양병원입원일당은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

3 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당은 계속 지급합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

5 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

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

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 **【별표8】**(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 **【별표9】**(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

7 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

12. 10대고액치료비암진단비
12. 10대고액치료비암진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

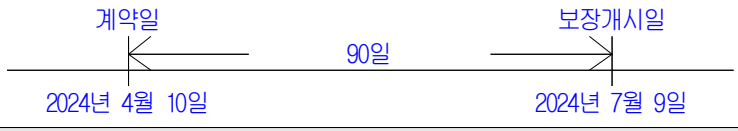
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 10대고액치료비암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 10대고액치료비암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 10대고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터 적용합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(10대고액치료비암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "10대고액치료비암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(10대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "10대고액치료비암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 10대고액치료비암으로 분류되는 질병(【별표10】(10대고액치료비암 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 상기분류에서 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 10대고액치료비암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "10대고액치료비암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 10대고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 10대고액치료비암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대고액치료비암진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

13. 항암방사선치료비
13. 항암방사선치료비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암" 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우

구 분	지 급 금 액
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	이 특별약관의 보험가입금액 100%
기타피부암, 갑상선암	이 특별약관의 보험가입금액 20%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다

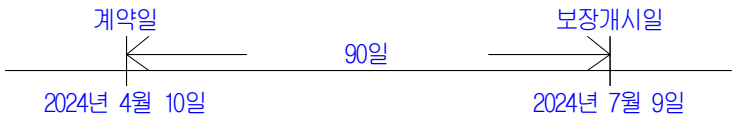
음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 제1항 제1호의 항암방사선치료비를 지급받은 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 항암방사선치료비를 지급하지 않습니다.

5 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

예 시	암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표7】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"
· 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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 중 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되어 항암방사선치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다. 다만, "기타피부암", "갑상선암"으로 인한 항암방사선치료비만 지급한 경우에는 소멸되지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

14. 항암약물치료비
14. 항암약물치료비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암" 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

구 분	지 급 금 액
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	이 특별약관의 보험가입금액 100%
기타피부암, 갑상선암	이 특별약관의 보험가입금액 20%

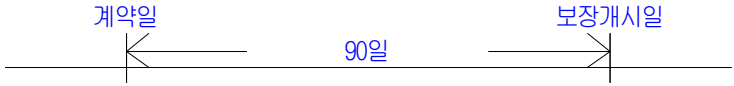
2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 제1항 제1호의 항암약물치료비를 지급받은 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 항암약물치료를 받은 경우에는 항암약물치료비를 지급하지 않습니다.

5 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(안노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

예 시	암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표7】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"
· 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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 중 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되어 항암약물치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다. 다만, "기타피부암", "갑상선암"으로 인한 항암약물치료비만 지급한 경우에는 소멸되지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

15. 뇌졸중진단비
15. 뇌졸중진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌졸중진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니

다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌졸중"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표11】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

또한 회사가 "뇌졸중"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

16. 뇌출혈진단비
16. 뇌출혈진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌출혈진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌출혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표12】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다.
또한 회사가 "뇌출혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수

없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

17. 급성심근경색증진단비
17. 급성심근경색증진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
급성심근경색증 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니

다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

또한 회사가 "급성심근경색증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

18. 질병수술비
18. 질병수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다.(질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다)

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비에 대해서는 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 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보장합니다), 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(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보장합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 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 제2항 및 제3항에도 불구하고 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적

으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

5 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

19. 116대질병수술비

19-1. 116대질병수술비 I
19-1. 116대질병수술비 I 【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 15대질병으로 진단이 확정되고 그 15대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 116대질병수술비 I 로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
116대질병수술비 I (15대질병수술보장)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

부 가 설 명	15대질병 요약

이 특별약관에 있어서 "15대질병"은 【별표17-1】(15대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
15대질병	폐렴, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 신부전, 뇌 및 중추신경계통의 양성종양, 대동맥류, 간 · 담관 · 췌장의 양성종양, 수막의 양성종양, 기관지 · 폐의 특정질환, 급성췌장염, 버거씨병

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("15대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "15대질병"이라 함은 【별표17-1】(15대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "15대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다.
뇌혈관질환(I60~I69)의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CTscan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을, 허혈심장질환(I20~I25)의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
또한 회사가 "15대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이	

- **절단 :** 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제 :** 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인 :** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자 :** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

5 제1항에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

19-2. 116대질병수술비Ⅱ
19-2. 116대질병수술비Ⅱ【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 23대질병으로 진단이 확정되고 그 23대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 116대질병수술비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
116대질병수술비Ⅱ (23대질병수술보장)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

부 가 설 명	23대질병 요약

이 특별약관에 있어서 "23대질병"은 【별표17-2】(23대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
23대질병	결핵, 안면신경장애, 폐부종, 당뇨병질환, 특정호흡기질환, 폐질환, 위 · 십이지장궤양, 위공장궤양, 녹내장, 자율신경계통의 장애, 파킨슨병, 패혈증, 뇌하수체질환, 뇌 및 척수의 염증성질환, 뇌성마비, 뇌전증, 수두증, 수막염, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타장애, 하부호흡계통 및 흉곽의 양성종양, 용혈-요독증후군(햄버거병)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("23대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "23대질병"이라 함은 【별표17-2】(23대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "23대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다.
또한 회사가 "23대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이	

- **절단 :** 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제 :** 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인 :** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자 :** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

5 제1항에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

19-3. 116대질병수술비III
19-3. 116대질병수술비III【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 22대질병으로 진단이 확정되고 그 22대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 116대질병수술비III로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
116대질병수술비III (22대질병수술보장)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

부 가 설 명	22대질병 요약

이 특별약관에 있어서 "22대질병"은 【별표17-3】(22대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
22대질병	갑상선질환, 부갑상선질환, 간암, 기관지 및 폐암, 난소암, 특정 장질환, 췌장질환, 비감염성장염 및 결장염, 비장질환, 동맥 및 세동맥의 질환, 중증근무력증, 손목터널증후군, 단일신경병증, 마비, 척추변형, 척추병증, 추간판장애, 전신결합조직장애, 난소·난관의 질환, 갑상선 및 내분비선의 양성종양, 골 및 관절연골의 양성종양, 난소의 양성종양

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료는 116대질병수술비III가 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("22대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "22대질병"이라 함은 【별표17-3】(22대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 "22대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "22대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 "22대질병" 중 "간암, 기관지 및 폐암, 난소암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "간암, 기관지 및 폐암, 난소암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "간암, 기관지 및 폐암, 난소암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적

으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

용 어 풀 이	

- **절단 :** 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제 :** 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인 :** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자 :** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

4 제1항에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조("항암방사선치료"의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조("항암약물치료"의 정의)

"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계

약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

19-4. 116대질병수술비IV
19-4. 116대질병수술비IV【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 49대질병으로 진단이 확정되고 그 49대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 116대질병수술비IV로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
116대질병수술비IV (49대질병수술보장)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

부 가 설 명	49대질병 요약

이 특별약관에 있어서 "49대질병"은 【별표17-4】(49대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
49대질병	관절염 및 다발관절병증, 관절증, 관절장애, 누적외상성질환, 황반변성, 눈 및 눈부속기의 특정질환, 유리체의 장애, 시신경 및 시각경로의 장애, 중이염, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 림프절염, 통풍, 사지후천변형, 골다공증, 뼈의병증, 연골병증, 식도질환, 위십이지장질환, 담낭담도질환, 담석증, 복막의 질환, 사타구니탈장, 특정부위의탈장, 축농증, 급성상기도감염, 편도염, 후각특정질환, 인후부위특정질환, 방광의 결석, 비뇨계통의 기타질환, 전립선질환, 남성생식기관의 질환, 여성 골반내기관의 염증성 질환, 여성생식관의 비염증성 질환, 소화계통의 양성종양, 상부호흡계통의 양성종양, 조직의 양성종양, 생식기 양성종양, 비뇨기관의 양성종양, 눈의 양성종양, 유방의 장애, 유방의 양성종양, 안와의 장애, 외이의 질환, 다한증, 위암, 갑상선암, 특정소화기질환

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료는 116대질병수술비IV가 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("49대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "49대질병"이라 함은 【별표17-4】(49대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

유 의 사 항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 "49대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "49대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 "49대질병" 중 "위암, 갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "위암, 갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "위암, 갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술

을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

용 어 풀 이	

- **절단 :** 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제 :** 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인 :** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자 :** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

5 제1항에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조("항암방사선치료"의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조("항암약물치료"의 정의)

"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

19-5. 116대질병수술비Ⅴ
19-5. 116대질병수술비Ⅴ【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 백내장으로 진단이 확정되고 그 백내장의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 116대질병수술비Ⅴ로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
116대질병수술비Ⅴ (백내장수술보장)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("백내장"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "백내장"이라 함은 【별표17-5】(백내장 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "백내장"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "백내장"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는

동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

5 제1항에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

19-6. 116대질병수술비VI
19-6. 116대질병수술비VI【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 6대질병으로 진단이 확정되고 그 6대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 116대질병수술비Ⅵ로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
116대질병수술비Ⅵ (6대질병수술보장)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

부 가 설 명	6대질병 요약

이 특별약관에 있어서 "6대질병"은 【별표17-6】(6대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
6대질병	수면무호흡증, 식도정맥류, 요도결석증, 신장 및 요관의 결석, 치핵 및 항문주위 정맥혈전증, 치열 및 치루

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("6대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "6대질병"이라 함은 【별표17-6】(6대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "6대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다.
또한 회사가 "6대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전

성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이	

- **절단 :** 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제 :** 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인 :** 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자 :** 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

4 제1항에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

20. 뇌혈관질환진단비
20. 뇌혈관질환진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에

게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌혈관질환진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌혈관질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표14】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다.
또한 회사가 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

21. 허혈성심장질환진단비
21. 허혈성심장질환진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
허혈성심장질환 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "허혈성심장질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표15】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 CT, MRI, 경흉부 초음파 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

22. 뇌혈관질환수술비
22. 뇌혈관질환수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환수술비로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌혈관질환수술비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표14】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다.
또한 회사가 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

23. 허혈성심장질환수술비
23. 허혈성심장질환수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환수술비로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
허혈성심장질환 수술비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표15】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

24. 중증갑상선암진단비
24. 중증갑상선암진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

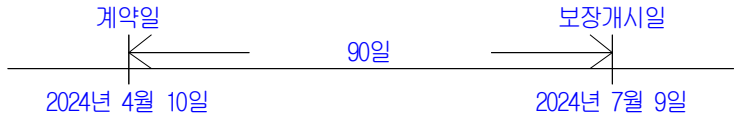
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 중증갑상선암에 대한 보장개시일(이하 중증갑상선암보장개시일이라 합니다) 이후에 "중증갑상선암"으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 중증갑상선암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
중증갑상선암 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 중증갑상선암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 중증갑상선암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	중증갑상선암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("중증갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중증갑상선암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("중증갑상선암" 의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "중증갑상선암"이라 함은 제1항에서 정한 "갑상선암" 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(Undifferentiated, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

3 제1항과 제2항에서 "중증갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "중증갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"
· 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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 중증갑상선암보장개시일의 전일 이전에 "중증갑상선암"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

25. 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)
25. 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)(1종) 보장
- 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)(2종) 보장
- 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)(3종) 보장
- 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)(4종) 보장
- 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)(5종) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "1~5종수술Ⅲ 분류표"(【별표34-1】 1~5종수술Ⅲ 분류표)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 질병1~5종수술비Ⅱ로 보험수익자에게 수술 1회당 지급합니다.

구 분	지급금액				
	1종	2종	3종	4종	5종
질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)	각 보장의 보험가입금액 100%				

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병1~5종수술비Ⅱ를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 질병1~5종수술비Ⅱ를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 질병1~5종수술비Ⅱ에서 이미 지급한 질병1~5종수술비Ⅱ를 차감하고 지급합니다.
다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

2 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 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.

용 어 풀 이	체간골
체간골이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.	

3 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자

택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하여 【별표34-1】(1~5종수술III 분류표)에서 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

4 제1항에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

26. 표적항암방사선치료비(최초1회한)II【갱신계약】

26-1. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

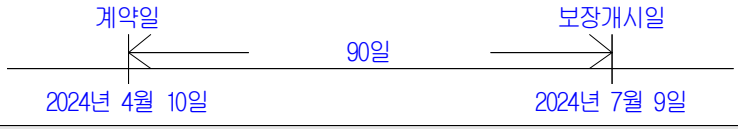
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암세기조절방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 제8조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표7】(악성신생물(암) 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition

or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"
· 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(항암세기조절방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 제5조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료" 중, 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 "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 방사선치료)"을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

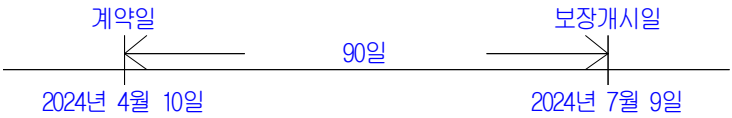
26-2. 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암양성자방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
표적항암방사선 치료비(항암양성자방사선)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 제8조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표7】(악성신생물(암) 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제5조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 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.

용 어 풀 이	항암양성자방사선치료

항암양성자방사선치료는 항암방사선치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 항암양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

27. 심근병증진단비
27. 심근병증진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 심근병증으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심근병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
심근병증진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(심근병증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "심근병증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(심근병증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "심근병증"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표42】(심근병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 심근병증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI) 또는 심장 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심근병증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 심근병증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는

문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심근병증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심근병증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

28. 뇌전증진단비
28. 뇌전증진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 뇌전증으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌전증진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(뇌전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌전증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(뇌전증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌전증"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표43】(뇌전증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌전증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 등 뇌전증의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사와 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기준으로 정해집니다. 또한 회사가 "뇌전증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는

것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌전증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌전증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

29. 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)(감액있음)【갱신계약】(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 독감의 보장개시일(이하 독감보장개시일이라 합니다) 이후에 "독감(인플루엔자)"으로 진단확정되고 그 "독감(인플루엔자)"의 직접적인 치료를 목적으로 "독감 항바이러스제"를 처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
독감(인플루엔자) 항바이러스제치료비(연간1회한)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 독감보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



3 제2항에도 불구하고 제6조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 독감보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함 합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("독감(인플루엔자)", "독감 항바이러스제"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "독감(인플루엔자)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표47】(독감(인플루엔자) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "독감(인플루엔자)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 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, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 이 특별약관에 있어서 "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.

용 어 풀 이	독감 항바이러스제 해당 성분명 안내

• 성분명은 "효능효과"를 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.

용 어 풀 이	효능효과 확인 방법

• 식품의약품안전처 허가 내 "효능효과"확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서("독감 항바이러스제" 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

30. 항암방사선치료비(남성생식기관련 (전립선,음경,고환)암)

30. 항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선,음경,고환)암)【갱신계약】

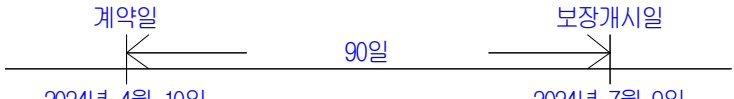
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "남성생식기관련(전립선,음경,고환)암"으로 진단확정되고 그 "남성생식기관련(전립선,음경,고환)암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 최초 1회에 한하여 보험가입금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
4 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(남성생식기관련(전립선,음경,고환)암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "남성생식기관련(전립선,음경,고환)암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표55】(남성생식기관련(전립선,음경,고환)암 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 "남성생식기관련(전립선,음경,고환)암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "남성생식기관련(전립선,음경,고환)암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "남성생식기관

련(전립선,음경,고환)암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

- 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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "남성생식기관련(전립선,음경,고환)암"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

31. 항암방사선치료비(여성생식기관련 (자궁,난소,외음,질,태반)암)

31. 항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암)

【갱신계약】

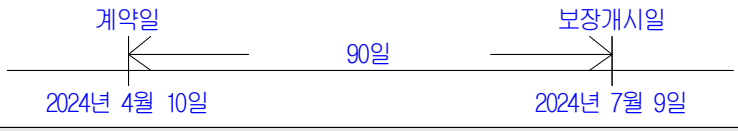
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암"으로 진단확정되고 그 "여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 최초 1회에 한하여 보험가입금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표35】(여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 "여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

32. 심장질환(특정Ⅰ)진단비
32. 심장질환(특정Ⅰ)진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 심장질환(특정Ⅰ)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 심장질환(특정Ⅰ)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
심장질환(특정Ⅰ) 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(심장질환(특정Ⅰ)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "심장질환(특정Ⅰ)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("심장질환(특정Ⅰ)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "심장질환(특정Ⅰ)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표51】(심장질환(특정Ⅰ) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 심장질환(특정Ⅰ)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심장질환(특정Ⅰ)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할

수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 심장질환(특정Ⅰ)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심장질환(특정Ⅰ)으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅰ)진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

33. 심장질환(특정Ⅱ)진단비
33. 심장질환(특정Ⅱ)진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 심장질환(특정Ⅱ)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 심장질환(특정Ⅱ)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
심장질환(특정Ⅱ) 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니

다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(심장질환(특정Ⅱ)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "심장질환(특정Ⅱ)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("심장질환(특정Ⅱ)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "심장질환(특정Ⅱ)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표52】(심장질환(특정Ⅱ) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 심장질환(특정Ⅱ)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심장질환(특정Ⅱ)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 심장질환(특정Ⅱ)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심장질환(특정Ⅱ)으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅱ) 진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

34. 부정맥질환(I49)진단비
34. 부정맥질환(I49)진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "부정맥질환(I49)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 부정맥질환(I49)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
부정맥질환 (I49)진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(부정맥질환(I49)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "부정맥질환(I49)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(부정맥질환(I49)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "부정맥질환(I49)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표61】(부정맥질환(I49) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 부정맥질환(I49)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 심전도검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "부정맥질환(I49)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 부정맥질환(I49)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수

있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 부정맥질환(I49)으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 부정맥질환(I49)진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

35. 양성뇌종양진단비
35. 양성뇌종양진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 양성뇌종양으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 양성뇌종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
양성뇌종양진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 "양성뇌종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에

한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "양성뇌종양"이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.

2 제1항의 "양성뇌종양"은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

3 "양성뇌종양"의 진단 확정은 신경과의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "양성뇌종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

36. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

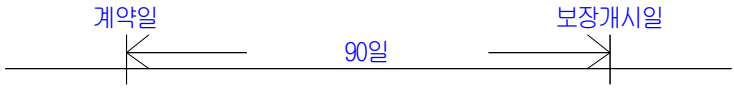
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "카티항암약물허가치료 적응증"으로 진단확정되고 그 "카티항암약물허가치료 적응증"의 직접적인 치료를 목적으로 "카티항암약물허가치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 카티(CAR-T)항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
카티(CAR-T)항암 약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



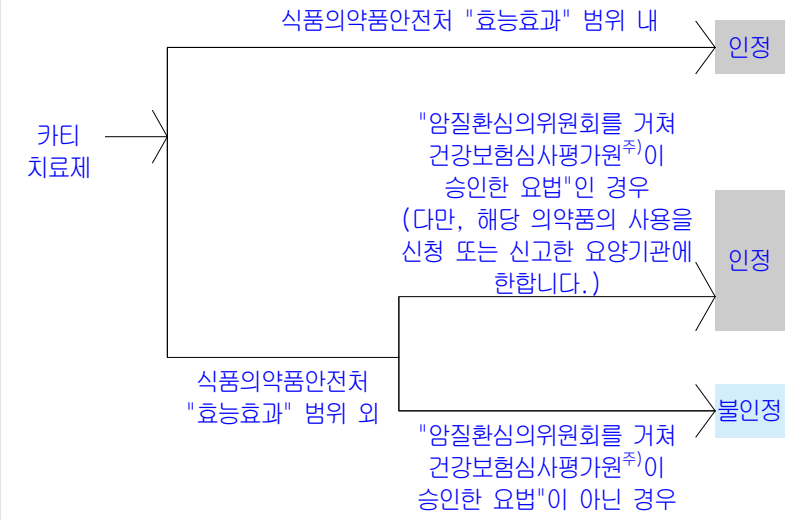
3 제2항에도 불구하고 제10조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

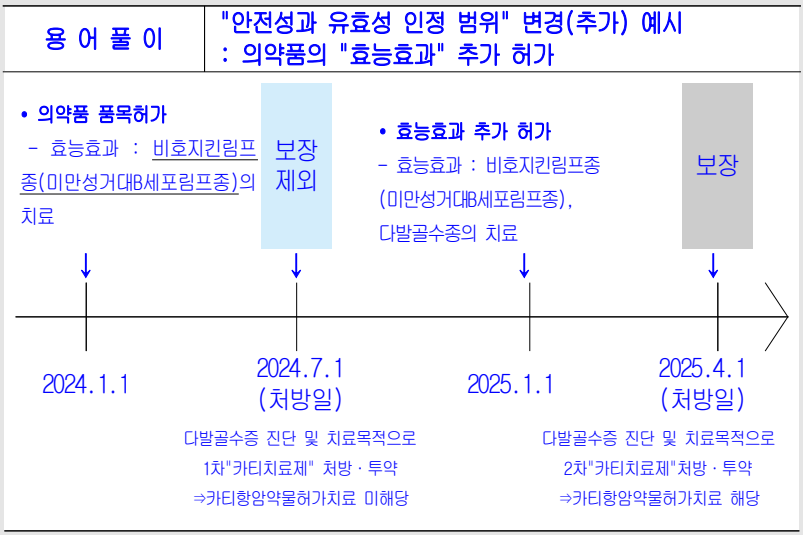
1 제1조(보험금의 지급사유)의 카티항암약물허가치료비는 "카티(Chimeric antigen receptor-T)치료제"(이하 "카티치료제"라고 합니다)를 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만 "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

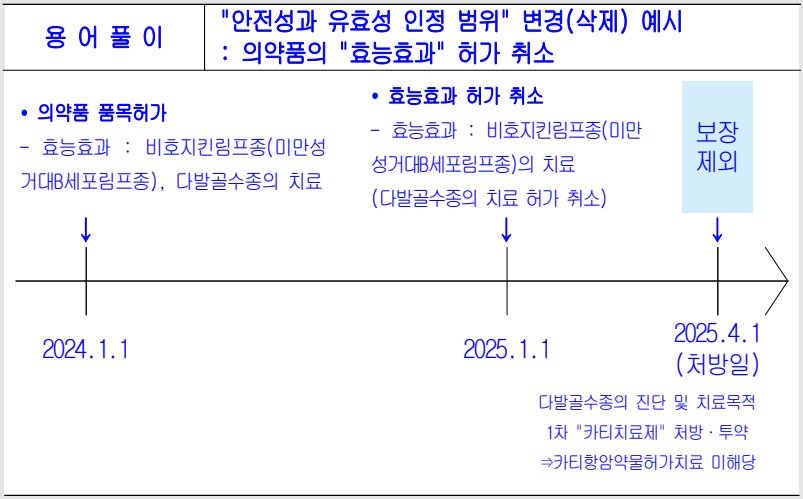
용 어 풀 이	카티치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

2 제1조(보험금의 지급사유)의 "카티항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "카티치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조("카티치료제" 및 "카티항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표7】 (악성신생물(암) 분류표 참조)을 말합

니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.	

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"
· 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("카티치료제" 및 "카티항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "카티치료제"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.

용 어 풀 이	카티치료제
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.	

용 어 풀 이	카티치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내
카티치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 10월 기준 카티치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표62】(카티치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "카티항암약물허가치료"라 함은 제6조(항암약물치료의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "카티치료제"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 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용 어 풀 이	암질환심의위원회(중증질환심의위원회)
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.	

용 어 풀 이	"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 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 "카티치료제"의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "카티치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조("카티항암약물허가치료 적응증"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "카티항암약물허가치료 적응증" 이라 함은 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암" 중 제4조("카티치료제" 및 "카티항암약물허가치료"의 정의) 제1항 및 제3항에서 정한 "카티치료제"의 "안전성과 유효성 인정 범위"에 따라 투약 처방이 가능한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암" 을 말합니다.

2 제1항에 따라 현 시점(2022년 10월 기준) "카티항암약물허가치료 적응증" 다음 각 호와 같이 한정되어 있습니다. 그러나, 투약 처방 시점에 "카티항암약물허가치료 적응증" 은 확대될 수 있으며, 이 때에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장대상에 포함됩니다.

1. B세포 급성 림프성 백혈병(ALL)
2. 미만성 거대 B세포 림프종(DLBCL)

제6조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. "카티항암약물허가치료" 증명서
   가. 카티함암약물허가치료 진단서 또는 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용의 경우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제8조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

37. 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)
37. 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(뇌졸중) 보장
- 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(특정심장질환) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중" 또는 "특정심장질환"으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 혈전용해치료비로 지급합니다.

구 분		지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
혈전용해 치료비Ⅱ	뇌졸중	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	특정심장질환	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표11】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌졸중"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("특정심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표64】(특정심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 특정심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌졸중" 및 "특정심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 또는 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 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 회사가 제1항에 따라 혈전용해치료비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 혈전용해치료비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

38. 혈전용해치료비II(연간1회한)

38. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(뇌졸중) 보장
- 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(특정심장질환) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중" 또는 "특정심장질환"으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 혈전용해치료비로 지급합니다.

구 분		지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
혈전용해치료비Ⅱ	뇌졸중	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	특정심장질환	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표11】(뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌졸중"의

조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("특정심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표64】(특정심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 특정심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌졸중" 및 "특정심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 또는 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 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

39. 심장판막협착증(대동맥판막)진단비
39. 심장판막협착증(대동맥판막)진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 심장판막협착증(대동맥판막)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 심장판막협착증(대동맥판막)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
심장판막협착증(대동맥판막)진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(심장판막협착증(대동맥판막)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "심장판막협착증(대동맥판막)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(심장판막협착증(대동맥판막)의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "심장판막협착증(대동맥판막)"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표50】(심장판막협착증(대동맥판막) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 심장판막협착증(대동맥판막)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한

국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심장판막협착증(대동맥판막)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 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

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장판막협착증(대동맥판막)진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

40. 갑상선암(초기제외)진단비
40. 갑상선암(초기제외)진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 갑상선암(초기제외)로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
갑상선암(초기제외) 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(갑상선암(초기제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "갑상선암(초기제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(갑상선암(초기제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선암의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "초기갑상선암"이라 함은 제1항에서 정한 "갑상선암" 중에서 유두암(papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)이고, 병리학적으로 암 종양의 크기가 최대 2.0㎝이하로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암(초기제외)"라 함은 제1항에서 정한 "갑상선암" 중에서 제2항에서 정한 "초기갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

4 "갑상선암(초기제외)"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "갑상선암(초기제외)"의

진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암(초기제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유 의 사 항	

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

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

41. 요로결석진단비
41. 요로결석진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 요로결석에 대한 보장개시일(이하 요로결석보장개시일이라 합니다) 이후에 요로결석으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 요로결석진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 요로결석보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	요로결석의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 요로결석 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(요로결석의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "요로결석"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표33】(요로결석 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 요로결석의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "요로결석"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 요로결석보장개시일의 전일 이전에 요로결석으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의

또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

42. 대상포진진단비

42. 대상포진진단비【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대상포진으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
대상포진진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(대상포진의 정의 및 진단확정)에서 정한 "대상포진"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(대상포진의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "대상포진"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표38】(대상포진 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 대상포진의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "대상포진"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

43. 대상포진눈병진단비
43. 대상포진눈병진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대상포진눈병으로 진단 확정되었을

때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 대상포진눈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
대상포진눈병진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(대상포진눈병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "대상포진눈병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(대상포진눈병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "대상포진눈병"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표39】(대상포진눈병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 대상포진눈병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "대상포진눈병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이

특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

44. 에크모치료비(체외순환막 형산화요법)(급여, 연간1회한)
44. 에크모치료비(체외순환막 형산화요법)(급여, 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 "에크모치료(체외순환막 형산화요법)"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 에크모치료비(체외순환막 형산화요법)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
에크모치료비(체외순환막 형산화요법)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 에크모치료(체외순환막 형산화요법)에 대해서는 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. 그러나, 회사가 보

장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

2 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(에크모치료(체외순환막 형산화요법)의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "에크모치료(체외순환막 형산화요법)"라 함은 【별표63】(에크모치료(체외순환막 형산화요법) 분류표)에서 정한 에크모치료(체외순환막 형산화요법) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제4항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

45. 크론병및궤양성대장염진단비
45. 크론병및궤양성대장염진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 크론병(Crohn's Disease) 또는 궤양성대장염(ulcerative colitis)으로 진단 확정된 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 크론병및궤양성대장염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
크론병및궤양성대장염진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조 내지 제4조에서 정한 "크론병" 또는 "궤양성대장염"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(크론병의 정의 및 진단확정)

1 "크론병(Crohn's Disease)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 K50에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 가족성 크론병은 제외합니다.

2 "크론병"의 진단확정은 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경 검사, 전산화단층촬영(CT)등에 근거하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 내과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
또한 회사가 "크론병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(궤양성대장염의 정의 및 진단확정)

1 "궤양성대장염(ulcerative colitis)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 K51에 해당하는 질병을 말합니다.

2 "궤양성대장염"의 진단확정은 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경 검사, 전산화단층촬영(CT) 등에 근거하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 내과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "궤양성대장염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 크론병및궤양성대장염진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

46. 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 보장(급여, 연간1회한)
46. 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 보장(급여, 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "심장부정맥 고주파 · 냉각절제술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "심장부정맥 고주파 · 냉각절제술"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 보장	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술에 대해서는 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. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

2 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(심장부정맥 고주파 · 냉각절제술의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "심장부정맥 고주파 · 냉각절제술"이라 함은 【별표54】(심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 분류표)에서 정한 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 다만, "심장부정맥 고주파 · 냉각절제술"을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합

니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

47. 통풍진단비
47. 통풍진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 통풍으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통풍진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
통풍진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(통풍의 정의 및 진단확정)에서 정한 "통풍"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진

단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(통풍의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통풍"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 32】(통풍 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "통풍"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다.
또한 회사가 "통풍"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

48. 중대한심혈관수술비(최초1회한)
48. 중대한심혈관수술비(최초1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 중대한심혈관수술을 받은 경우에는 최초 1회의 수술에 한하여 아래에 정한 금액을 중대한심혈관수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
중대한심혈관수술비 (최초1회한)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중대한심혈관수술의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "중대한심혈관수술"이라 함은 【별표31】(중대한심혈관수술)에서 정한 "관상동맥우회술", "심장판막수술" 및 "대동맥류인조혈관치환수술"을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한심혈관수술비(최초1회한)가 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

49. 중대한재생불량성빈혈진단비
49. 중대한재생불량성빈혈진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(중대한 재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 중대한재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중대한재생불량

성빈혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(중대한 재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중대한 재생불량성빈혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(중대한 재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)

1 중대한재생불량성빈혈이라 함은 영구적인 재생불량성빈혈로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

2 제1항에서 "영구적인 재생불량성빈혈"이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/㎣미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25% 이하이고 동시에 다음 중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

1. 호중구 수가 500/㎣미만
2. 혈소판 수가 20,000/㎣미만
3. 망상적혈구 수가 20,000/㎣미만

3 단, 일시적이거나 회복이 가능한 "재생불량성빈혈"은 보장에서 제외됩니다.

4 중대한재생불량성빈혈의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 재생불량성빈혈의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한재생불량성빈혈진단비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

50. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비
50. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비【갱신계약】

50-1. 전이암진단비
50-1. 전이암진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

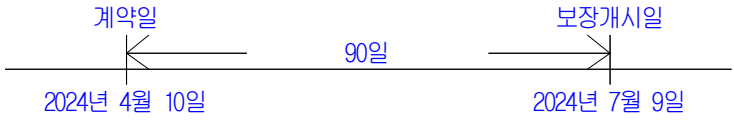
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 전이암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "전이암"으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
전이암진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("전이암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "전이암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("전이암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

1. "AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판"에서 정한 TNM 병기 분류 상 "T(Primary Tumor) 4" 또는 "N(Regional lymph nodes) 1 이상(단, N1mi를 포함하여 보장합니다)" 또는 "M(Distant metastasis) 1"에 해당하는 경우(단, 제4항의 "특정암II"는 제외합니다.)
2. 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표65】(이차성암 분류표)에서 정한 질병

2 제1항 제1호의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 "전이암"의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

3 제2항에도 불구하고, AJCC 암병기설정매뉴얼에서 TNM 기준이 제외되는 등 "전이암"의 진단확정 시점에 AJCC 암병기설정매뉴얼에 따라 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 변경 직전의 AJCC 암병기설정매뉴얼에서 정한 기준을 따릅니다.

4 이 특별약관에 있어서 "특정암II"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표66】(특정암II 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

5 "전이암" 및 "특정암II"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "전이암" 및 "특정암II"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "전이암" 및 "특정암II"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"
· 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(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 암 병기가 명기된서류(TNM해부 병기확인서류 등) 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "전이암"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회

복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

50-2. 특정암Ⅱ진단비
50-2. 특정암Ⅱ진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

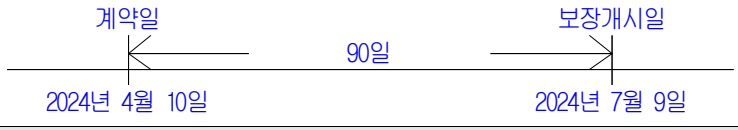
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정암Ⅱ에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "특정암Ⅱ"으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
특정암Ⅱ진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("특정암Ⅱ"의 정의 및 진단확

정)에서 정한 "특정암II"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("특정암II"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정암II"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표66】(특정암II 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.	

2 "특정암II"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "특정암II"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "특정암II"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"
· 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(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 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 포

함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "특정암II"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암II진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

51. 요실금수술비(급여, 연간1회한)
51. 요실금수술비(급여, 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 요실금으로 진단이 확정되고 그 요실금의 치료를 직접적인 목적으로 요실금수술(급여)을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("요실금", "요실금수술(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "요실금"이라 함은 【별표28】(요실금 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "요실금"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "요실금"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 이 특별약관에 있어서 "요실금수술(급여)"이라 함은 【별표29】(요실금수술 분류표)에서 정한 요실금수술 대상 "수가코드"를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

4 제3항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제3항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제3항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자

택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(요실금수술 보험금의 경우 "건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

52. 자궁적출수술비(여성생식기의 암 · 제자리암)

52. 자궁적출수술비(여성생식기의 암 · 제자리암)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 여성생식기암(【별표25】(여성생식기암 분류표) 참조. 이하 같습니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 자궁적출수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 자궁적출수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("여성생식기암" 및 "자궁적출수술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "여성생식기암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표25】(여성생식기암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "여성생식기암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "여성생식기암"의 진단확정 시점은 상기 검사에

의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "여성생식기암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

- 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

3 이 특별약관에 있어서 "자궁적출수술(hysterotomy)"이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 자궁적출수술비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

53. 질병수술비(종합병원)

53. 질병수술비(종합병원)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. (질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다)

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비에 대해서는 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 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보장합니다), 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(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보장합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 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 제2항 및 제3항에도 불구하고 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

제4조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 종합병원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

54. 질병수술비(상급종합병원)
54. 질병수술비(상급종합병원)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 보험가입금액을 질병수술비로

보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. (질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다)

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비에 대해서는 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 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보장합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체

외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보장합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 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 제2항 및 제3항에도 불구하고 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 상급종합병원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

55. 질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급)
55. 질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(특정7대질병 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(특정7대질병 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제5항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비(특정7대질병 제외)보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(특정7대질병 제외)는 동시에 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 수술 1회로 간주하여 1회의 질병수술비(특정7대질병 제외)만 지급합니다.

용 어 풀 이	동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.	

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비에 대해서는 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 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보장합니다), 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(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보장합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 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 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 대장 양성종양 및 용종(【별표23】(대장 양성종양 및 용종 분류표) 참조)의 내시경적 절제술
2. 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병

대상이 되는 질병		분류번호
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코용종	J33
	코 및 비동의 기타 장애	J34
유방의 장애	유방의 비대	N62
특정 피부질환	피부 및 피하조직의 모낭낭	L72
	티눈 및 굳은살	L84
혈관종 및 림프관종	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	D18
갑상선 질환	갑상선의 장애	E00~E07
	[H06.2*:갑상선이상성안구돌출(E05.0+)]	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
	갑상선의 양성 신생물	D34

5 제2항 및 제3항에도 불구하고 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로

서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

5 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

56. 질병수술비(백내장제외)
56. 질병수술비(백내장제외)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(백내장제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험가입금액을 질병수술비(백내장제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(백내장제외)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(백내장제외)만 지급합니다. (질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다)

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비에 대해서는 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 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 백내장(H25~H27)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보장합니다), 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(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보장합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)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 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 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 제2항 및 제3항에도 불구하고 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자

택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

5 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

57. 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술(HIFU)치료비【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

57-1. 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술(HIFU)치료비 (최초1회한, 90일면책)【갱신계약】

제1조(보험금의 지급사유)

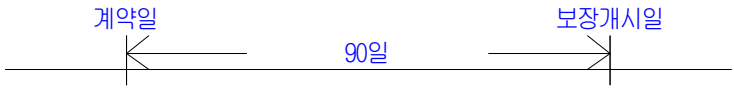
1 회사는 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 자궁근종 및 자궁선근증의 보장개시일(이하 자궁근종 및 자궁선근증 보장개시일이라 합니다) 이후에 "자궁근종 및 자궁선근증"으로 진단확정되고 그 "자궁근종 및 자궁선근증"의 치료를 직접적인 목적으로 "고강도초음파집속술(HIFU)"을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술 (HIFU)치료비(최초1회한)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 자궁근종 및 자궁선근증 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 자궁근종 및 자궁선근증 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	자궁근종 및 자궁선근증의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("자궁근종 및 자궁선근증" 및 "고강도초음파집속술(HIFU)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "자궁근종 및 자궁선근증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "자궁근종 및 자궁선근증"으로 분류되는 질병(【별표60】(자궁근종 및 자궁선근증 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "자궁근종 및 자궁선근증"의 진단확정은 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "자궁근종 및 자궁선근증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 이 특별약관에 있어서 "고강도초음파집속술(HIFU)"이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 "고강도초음파집속술(HIFU)"이 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 "자궁근종 및 자궁선근증"의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

1. 신체의 절개없이 환자의 체외에서 자기공명영상(MR) 또는 초음파 유도하에 고강도초음파를 조사하여 종양을 응고괴사시키는 의료행위
2. 【별표57】(고강도초음파집속술(HIFU) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 의료행위

4 제3항 제2호에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제3항 제2호의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 제3항 제1호에서 정한 "고강도초음파집속술(HIFU)"과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

6 제2항 및 제3항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 기재), 치료확인서, 수술확인서, 진료기록부 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 자궁근종 및 자궁선근증 보장개시일의 전일 이전에 "자궁근종 및 자궁선근증"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(최초1회한)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회

복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

57-2. 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술(HIFU)치료비 (연간1회한, 90일면책)【갱신계약】

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 자궁근종 및 자궁선근증의 보장개시일(이하 자궁근종 및 자궁선근증 보장개시일이라 합니다) 이후 "자궁근종 및 자궁선근증"으로 진단확정되고 그 "자궁근종 및 자궁선근증"의 치료를 직접적인 목적으로 "고강도초음파집속술(HIFU)"을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

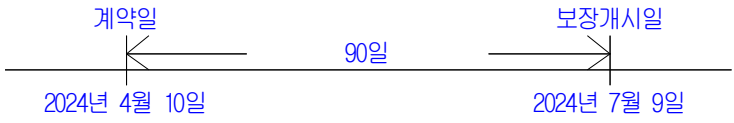
구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
자궁근종및자궁선근증 고강도초음파집속술 (HIFU)치료비(연간1회한)	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 자궁근종 및 자궁선근증 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

4 제2항에도 불구하고 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 자궁근종 및 자궁선근증 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	자궁근종 및 자궁선근증의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("자궁근종 및 자궁선근증" 및 "고강도초음파집속술(HIFU)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "자궁근종 및 자궁선근증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "자궁근종 및 자궁선근증"으로 분류되는 질병(【별표60】(자궁근종 및 자궁선근증 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "자궁근종 및 자궁선근증"의 진단확정은 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "자궁근종 및 자궁선근증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 이 특별약관에 있어서 "고강도초음파집속술(HIFU)"이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 "고강도초음파집속술(HIFU)"이 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 "자궁근종 및 자궁선근증"의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

1. 신체의 절개없이 환자의 체외에서 자기공명영상(MR) 또는 초음파 유도하에 고강도초음파를 조사하여 종양을 응고괴사시키는 의료행위
2. 【별표57】(고강도초음파집속술(HIFU) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 의료행위

4 제3항 제2호에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제3항 제2호의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 제3항 제1호에서 정한 "고강도초음파집속술(HIFU)"과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

6 제2항 및 제3항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 기재), 치료확인서, 수술확인서, 진료기록부 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 자궁근종 및 자궁선근증 보장개시일의 전일 이전에 "자궁근종 및 자궁선근증"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

58. 유방병변초음파유도진공보조절제치료비(연간1회한, 90일면책)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

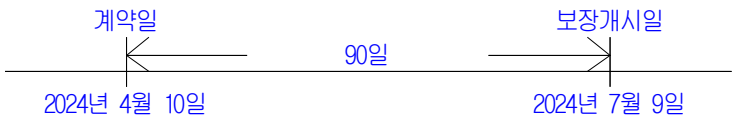
1 회사는 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정유방질환에 대한 보장개시일(이하 특정유방질환 보장개시일이라 합니다) 이후에 "특정유방질환"으로 진단 확정되고, 그 치료 또는 조직검사를 직접적인 목적으로 "초음파유도진공보조절제술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유방병변초음파유도진공보조절제치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 "초음파유도진공보조절제술"을 받은 목적, 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
유방병변초음파유도진공보조절제치료비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 특정유방질환 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

예 시	특정유방질환 보장개시일



4 제2항에도 불구하고 제8조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 특정유방질환 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("특정유방질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정유방질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표59】(특정유방질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정유방질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정유방질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(초음파유도진공보조절제술의 정의)

이 특별약관에 있어서 "초음파유도진공보조절제술"이라 함은 유방 양성병변의 조직검사 또는 치료를 목적으로 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하며 절제하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 치료확인서, 수술확인서, 진료기록부 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 특정유방질환 보장개시일의 전일 이전에 "특정유방질환"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

59. 특정법정감염병진단비

59. 특정법정감염병진단비【갱신계약】

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정법정감염병으로 "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제11조(의사 등의 신고)"에 따라 신고되어 특정법정감염병 환자로 진단확정된 경우에 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액
특정법정감염병	특정법정감염병 I 특정법정감염병IV	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	특정법정감염병 II 특정법정감염병III	이 특별약관의 보험가입금액 50%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(특정법정감염병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정법정감염병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(특정법정감염병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어 "특정법정감염병" 이라 함은 【별표24】(특정법정감염병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정법정감염병"의 진단확정은 감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관(【별표24-1】 참조)에서 감염병환자로 확진된 경우를 말하며, 병원체보유자는 해당되지 않습니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 특정법정감염병으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

3 향후 "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률" 등 관계 법령에서 제외되는 감염병이 생기는 경우 해당 감염병은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자의 진단에 따릅니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 감염병 발생신고(보고)서
3. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 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

2 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

60. 녹내장진단비
60. 녹내장진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 녹내장으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 녹내장진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
녹내장진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있

습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(녹내장의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "녹내장"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표49】(녹내장 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "녹내장"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "녹내장"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 녹내장진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

61. 급성신우신염진단비
61. 급성신우신염진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성신우신염"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 급성신우신염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
급성신우신염 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("급성신우신염"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "급성신우신염"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("급성신우신염"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성신우신염"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표58】(급성신우신염 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "급성신우신염"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "급성신우신염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성신우신염진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

62. 간경변증진단비
62. 간경변증진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 간경변증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 간경변증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
간경변증진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(간경변증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "간경변증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(간경변증의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "간경변증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(간경변증 분류표)에 해당하는 질병으로, 만성적인 염증으로 인해 정상적인 간 조직이 재생결절(regenerative nodules : 작은덩어리가 만들어지는 현상) 등의 섬유화 조직으로 바뀌어 간의 기능이 저하되는 경우를 말합니다.

2 "간경변증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "간경변증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간경변증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

63. 특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)
이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 경구용 항응고제-와파린 치료비(급여) 보장
- 경구용 항응고제-NOAC 치료비(급여) 보장

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 180일 이상의 기간동안 "경구용 항응고제 와파린 치료(급여)" 또는 "경구용 항응고제 NOAC 치료(급여)"를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정순환계질환항응고제치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액
특정순환계질환 항응고제치료비	경구용 항응고제-와파린 치료(급여)	이 특별약관의 보험가입금액의 100%
	경구용 항응고제-NOAC 치료(급여)	이 특별약관의 보험가입금액의 300%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 보험기간 중 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, "경구용 항응고제-와파린 치료(급여)" 또는 "경구용 항응고제-NOAC 치료(급여)" 처방일요건 등을 일부만 충족한 상태에서 최종 갱신계약의 보험기간이 만료되더라도 최종 갱신계약의 보험기간이 만료된 후 "경구용 항응고제-와파린 치료(급여)" 또는 "경구용 항응고제-NOAC 치료(급여)" 처방일 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 이를 전부 충족하게 된 날을 보험금 지급사유 발생일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 보험금을 지급합니다.

예 시	"특정순환계질환 항응고제치료비" 보험금 지급예시

예) 최종 갱신계약의 보험기간 만료일 : 2070년 12월 31일
- "특정순환계질환" 진단확정일: 2070년 10월 30일
- "경구용 항응고제-와파린 치료(급여)" 30일 처방일: 2070년 11월 10일
- "경구용 항응고제-와파린 치료(급여)" 총180일이상(2070년 11월 10일 이후 누적) 처방일 : 2071년 05월 10일

→ 2071년 05월 10일 "특정순환계질환항응고제치료비" 보험금 지급사유 발생

2 피보험자가 갱신 전 계약의 보험기간 중 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 갱신계약의 보험기간 중 "경구용 항응고제-와파린 치료(급여)" 또는 "경구용 항응고제-NOAC 치료(급여)" 처방일요건 등을 충족한 경우에는 그 충족일을 보험금 지급사유 발생일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금을 지급합니다.

3 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조("특정순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표67】(특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정순환계질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조("경구용 항응고제-와파린 치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "경구용 항응고제-와파린 치료(급여)"라 함은 의사가 "급여 경구용 항응고제-와파린"에 해당하는 약제를 180일 이상의 기간에 대해 처방한 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 "경구용 항응고제-와파린(급여)"이라 함은 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"에서 정한 분류번호가 "333(혈액응고저지제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "혈액응고저지제"에 준하는 분류번호)에 해당하는 약제 중 아래의 성분명을 가지는 경우를 말합니다.

1. warfarin sodium

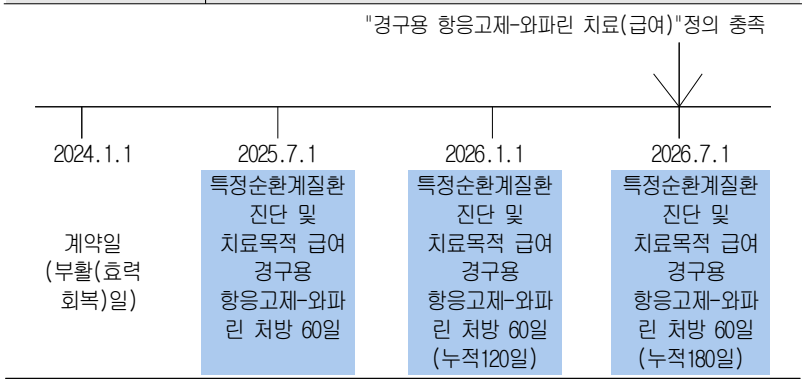
3 제2항의 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에 따라 분류됩니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"의 개정에 따라 제2항의 "분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제1항 및 제2항에도 불구하고, "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과

심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

예 시	"경구용 항응고제-와파린 치료(급여)" 예시



제6조("경구용 항응고제-NOAC 치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "경구용 항응고제-NOAC 치료(급여)"라 함은 의사가 "급여 경구용 항응고제-NOAC"에 해당하는 약제를 180일 이상의 기간에 대해 처방한 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

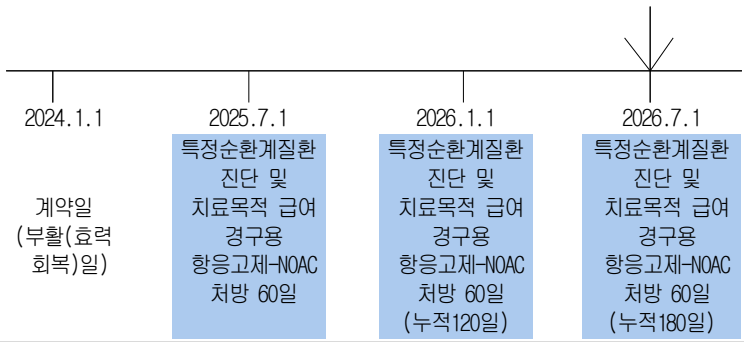
2 제1항의 "경구용 항응고제-NOAC(New Oral anticoagulant)(급여)"이라 함은 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"에서 정한 분류번호가 "333(혈액응고저지제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "혈액응고저지제"에 준하는 분류번호)에 해당하는 약제 중 경구용 혈액응고인자 Xa 저해제나 경구용 트롬빈 직접 저해제를 말합니다.

3 제2항의 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에 따라 분류됩니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"의 개정에 따라 제2항의 "분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제1항 및 제2항에도 불구하고, "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

예 시	"경구용 항응고제-NOAC 치료(급여)" 예시



용 어 풀 이	경구용 항응고제-NOAC(New Oral anticoagulant)

· **경구용 혈액응고인자 Xa 저해제**
  - Apixaban 경구제, Edoxaban Tosilate Hydrate 경구제, Rivaroxaban 경구제
· **경구용 트롬빈 직접 저해제**
  - Dabigatran 경구제

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서("경구용 항응고제(와파린)(급여) 치료일수(누적 180일 이상)" "경구용 항응고제(NOAC)(급여) 치료일수(누적 180일 이상)를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 등), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료기록부 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환항응고제치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 회사가 제1항에 따라 특정순환계질환항응고제치료비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 특정순환계질환항응고제치료비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

64. 암직접치료통원일당
64. 암직접치료통원일당【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

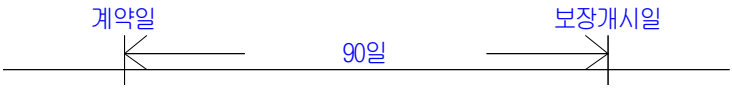
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원하여 치료를 받았을 때
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원하여 치료를 받았을 때

2 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 통원일당의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한합니다.

3 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원일당의 지급횟수는 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 【별표8】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표9】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

7 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("암의 직접적인 치료"의 정의)

1 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지

부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

2 "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 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 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

65. 암직접치료통원일당(종합병원)
65. 암직접치료통원일당(종합병원)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때

2 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 통원일당의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한합니다.

3 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



4 제3항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원일당의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료통원일당을 지급합니다.

4 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료통원일당을 지급합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표7】(악성신생물(암)) 분류표을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

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

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 【별표8】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표9】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

7 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("암의 직접적인 치료"의 정의)

1 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

2 "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 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 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제6조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 "종합병원"의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "종합병원"에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회

복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

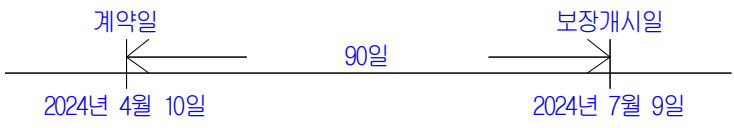
66. 암직접치료통원일당(상급종합병원)
66. 암직접치료통원일당(상급종합병원)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때

2 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 통원일당의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한합니다.

3 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



4 제3항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원일당의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료통원일당을 지급합니다.

4 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료통원일당을 지급합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 【별표8】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표9】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

7 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("암의 직접적인 치료"의 정의)

1 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지

부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

2 "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 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 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제6조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 "상급종합병원"의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "상급종합병원"에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

67. 특정바이러스질환진단비
67. 특정바이러스질환진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정바이러스질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정바이러스질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
특정바이러스질환진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 "특

정바이러스질환"이라 할지라도 보험계약일 이전에 이미 해당 바이러스를 보유한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 보험가입 전에 피보험자가 "특정바이러스질환" 관련 바이러스를 보유한 사실을 알지 못한 경우에는 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(특정바이러스질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정바이러스질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(특정바이러스질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정바이러스질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표40】(특정바이러스질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정바이러스질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정바이러스질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정바이러스질환진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

68. 2대질환 CT, MRI, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려진 "2대질환"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "2대질환 검사(급여)"를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 2대질환 CT, MRI, 초음파, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
2대질환 CT, MRI, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사지원비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("2대질환"의 정의 및 진단)

1 이 특별약관에 있어서 "2대질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표44】(2대질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "2대질환"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "2대질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조("2대질환 검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "2대질환 검사(급여)"라 함은 【별표45】(2대질환 검사 분류표)에서 정한 2대질환 검사 대상 "수가코드"를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 "2대질환 검사(급여)"는 "의사"에 의하여 "2대질환"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수기재), 진단서, 진료비계산서 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

69. 2대질환 혈관조영술 검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려진 "2대질환"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "2대질환 혈관조영술(급여)"을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 2대질환 혈관조영술 검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
2대질환 혈관조영술 검사지원비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하

며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("2대질환"의 정의 및 진단)

1 이 특별약관에 있어서 "2대질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표44】(2대질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "2대질환"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "2대질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조("2대질환 혈관조영술(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "2대질환 혈관조영술(급여)"이라 함은 【별표46】(2대질환 혈관조영술 분류표)에서 정한 2대질환 혈관조영술 대상 "수가코드"를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 "2대질환 혈관조영술(급여)"은 "의사"에 의하여 "2대질환"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수기재), 진단서, 진료비계산서 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)
< 1종 >
1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.
< 2종 >
1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

70. 6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)(감액있음)
70. 6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "6대기관 양성종양 및 용종"으

로 진단이 확정되고 그 "6대기관 양성종양 및 용종"의 치료를 직접적인 목적으로 "6대기관 양성종양 및 용종 수술"을 받은 때에 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 6대기관 양성종양 및 용종수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "6대기관 양성종양 및 용종 수술"을 받은 부위, 개수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
6대기관 양성종양 및 용종수술비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("6대기관 양성종양 및 용종" 및 "6대기관 양성종양 및 용종 수술"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "6대기관 양성종양 및 용종"이라 함은 【별표36】(6대기관 양성종양 및 용종 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "6대기관 양성종양 및 용종"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "6대기관 양성종양 및 용종"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 이 특별약관에 있어서 "6대기관 양성종양 및 용종 수술"이라 함은 【별표37】(6대기관 양성종양 및 용종 수술 분류표)에서 정한 6대기관 양성종양 및 용종 수술 대상 "수가코드"를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

4 제3항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제3항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제3항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

④ 제1항에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

71. 위·십이지장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)

71. 위·십이지장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 위·십이지장 양성종양 및 용종으로 진단확정된 경우에는 연간 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 위·십이지장 양성종양 및 용종진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 위·십이지장 양성종양 및 용종이 발생한 부위, 개수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
위 · 십이지장 양성종양 및 용종 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(위 · 십이지장 양성종양 및 용종의 정의 및 진단확정)에서 정한 "위 · 십이지장 양성종양 및 용종"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(위 · 십이지장 양성종양 및 용종의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "위 · 십이지장 양성종양 및 용종"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표22】(위 · 십이지장 양성종양 및 용종 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 위 · 십이지장 양성종양 및 용종의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "위 · 십이지장 양성종양 및 용종"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 내시경검사결과지, 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 포

함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

72. 대장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)
72. 대장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한) 【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대장 양성종양 및 용종으로 진단확정된 경우에는 연간 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 대장 양성종양 및 용종진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 대장 양성종양 및 용종이 발생한 부위, 개수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
대장 양성종양 및 용종 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니

다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(대장 양성종양 및 용종의 정의 및 진단확정)에서 정한 "대장 양성종양 및 용종"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(대장 양성종양 및 용종의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "대장 양성종양 및 용종"이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표23】(대장 양성종양 및 용종 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 대장 양성종양 및 용종의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "대장 양성종양 및 용종"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 내시경검사결과지, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

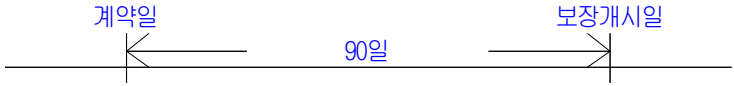
73. 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)
73. 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고, 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 인한 통증완화를 목적으로 "암특정통증완화치료(급여)"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암특정통증완화치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(암특정통증완화치료(급여)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암특정통증완화치료(급여)"라 함은 피보험자가 진단확정 된 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 인한 통증완화를 목적으로 아래

중 어느 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. "신경차단·파괴술(급여)"을 받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 "신경차단·파괴술(급여)"이라 함은 【별표41】(신경차단·파괴술 분류표)에서 정한 신경차단·파괴술 대상 "수가코드"를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
2. "마약성진통제(급여)"를 "연간 30일 이상 처방"받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 "마약성진통제(급여)"라 함은 아래의 "약효분류번호"에 해당하는 약제를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. "연간 30일 이상 처방"이라 함은 "마약성진통제(급여)"의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 "마약성진통제(급여)"를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일 이상인 경우를 말하며 처방일수 합산시 기준일자는 "마약성진통제(급여)"를 처방받은 날로 합니다.

용 어 풀 이	마약성진통제(급여)

· 약효분류번호 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제
· 상기 약효분류는 건강보험심사평가원이 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침"에서 정한 마약성 진통제 분류기준을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드" 및 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. "신경차단·파괴술(급여)"을 받은 경우 : 진료확인서("통증의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부 등

나. "마약성진통제(급여)"를 "연간 30일 이상 처방"받은 경우 : 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비용 명세서("상병명" 및 "총 투여일수" 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

74. 다빈치로봇 암수술비(최초1회한)【갱신계약】

74-1. 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

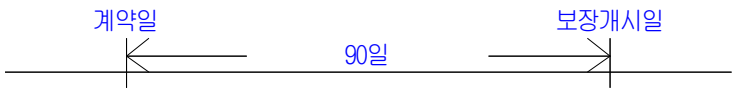
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "다빈치로봇 암수술"을 받았을 때 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 180일미만	보험계약일부터 180일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
다빈치로봇 암수술비 (갑상선암 및 전립선암 제외)	이 특별약관의 보험가입금액 25%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 제11조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료는 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)가 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "갑상선암" 및 제4항에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C61(전립선암의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(다빈치로봇 암수술의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇 암수술"이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 【별표56】(다빈치로봇 암수술 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	다빈치로봇 암수술

다빈치로봇 암수술이란 암의 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 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇 암수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항 의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것	
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것	
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것	
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원

이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회

보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

74-2. 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비(최초1회한)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

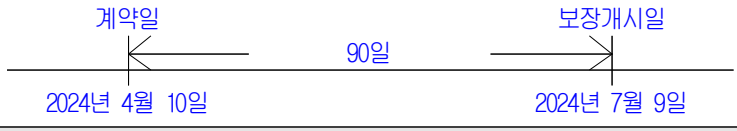
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "갑상선암" 또는 "전립선암"으로 진단확정되고 그 "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "다빈치로봇 암수술"을 받았을 때 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 180일미만	보험계약일부터 180일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비	이 특별약관의 보험가입금액 25%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 제11조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료는 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비가 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("갑상선암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선암의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선암의 악성 신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

3 "갑상선암", "전립선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "갑상선암", "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암", "전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

유 의 사 항	

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

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

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

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

- 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(다빈치로봇 암수술의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇 암수술"이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 【별표56】(다빈치로봇 암수술 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	다빈치로봇 암수술

다빈치로봇 암수술이란 암의 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 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇 암수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항 의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(항암방사선치료의 정의)
"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)
"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)
회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "갑상선암" 또는 "전립선암"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다

만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

75. 유방암으로인한유방수술비
75. 유방암으로인한유방수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

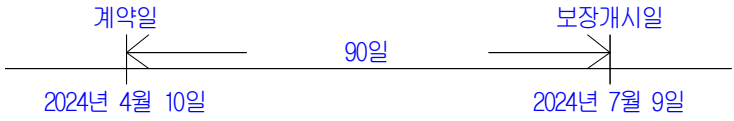
1 회사는 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에"유방암"으로 진단이 확정되고 【별표26】(유방수술 분류표)에서 정한 유방수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에 정한 금액을 유방암으로인한유방수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
유방암으로인한 유방수술비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료는 유방암으로인한유방수술비가 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("유방암", "유방암으로 인한 유방수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "유방암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 유방암으로 분류되는 질병(【별표27】(유방암 분류표) 참조)을 말합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 이 특별약관에 있어서 "유방암으로 인한 유방수술"이라 함은 【별표26】(유방수술 분류표)에서 정한 수술을 말합니다.

3 제1항의 "유방암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "유방암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "유방암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것	
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것	
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것	
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조("항암방사선치료"의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조("항암약물치료"의 정의)

"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험

자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 유방암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

76. 심장질환수술비
76. 심장질환수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 심장질환으로 진단확정되고 그 심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래에 정한 금액을 심장질환수술비로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
심장질환수술비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지

못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표53】(심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

심장질환 중 허혈심장질환(I20~I25)의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

또한 회사가 "심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

77. 질병중환자실입원일당(1일이상)
77. 질병중환자실입원일당(1일이상) 【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 질병중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

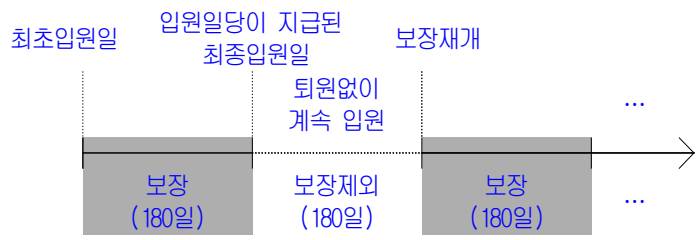
3 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표21】 참조. 이하 같습니다)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병중환자실입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병중환자실입원일당에 대한 입원이라도 질병중환

자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 질병중환자실입원일당을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

78. 종합병원질병입원일당(1일이상)

78. 종합병원질병입원일당(1일이상)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

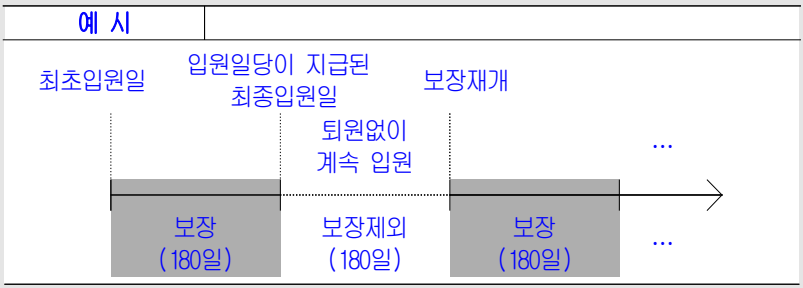
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다. 이 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 종합병원 질병입원일당을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

9 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의

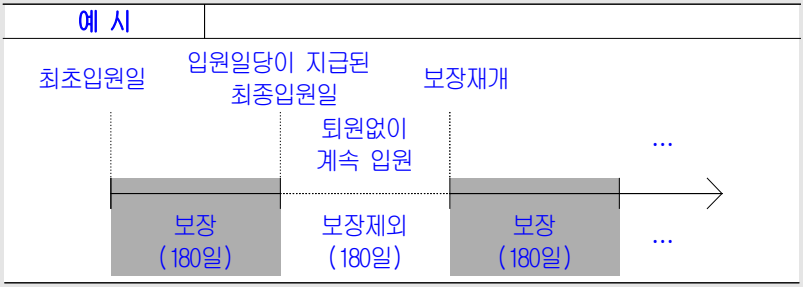
계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

79. 상급종합병원질병입원일당(1일이상)
79. 상급종합병원질병입원일당(1일이상) 【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 상급종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 계속 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사

는 상급종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

9 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 상급종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

80. 뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)
80. 뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌혈관질환통원일당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 뇌혈관질환통원일당의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 연간 30일을 한도로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환통원일당의 지급횟수는 병원 또는 의원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 뇌혈관질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 뇌혈관질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌혈관질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표14】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다.
또한 회사가 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 뇌혈관질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 통원치료확인서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

81. 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음)
81. 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌혈관질환통원일당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 뇌혈관질환통원일당의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 연간 30일을 한도로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환통원일당의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 뇌혈관질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 뇌혈관질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌혈관질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환통원일당을 지급합니다.

4 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환통원일당을 지급합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합

의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표14】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다.
또한 회사가 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는
   문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 "종합병원"의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 뇌혈관질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "종합병원"에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 통원치료확인서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제7조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

82. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)

82. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌혈관질환통원일당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 뇌혈관질환통원일당의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 연간 30일을 한도로 합니다.
3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환통원일당의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
2 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 뇌혈관질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 뇌혈관질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌혈관질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에

만 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환통원일당을 지급합니다.

4 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환통원일당을 지급합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표14】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다.
또한 회사가 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는
문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 "상급종합병원"의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 뇌혈관질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "상급종합병원"에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 통원치료확인서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제7조(특별약관의 소멸)

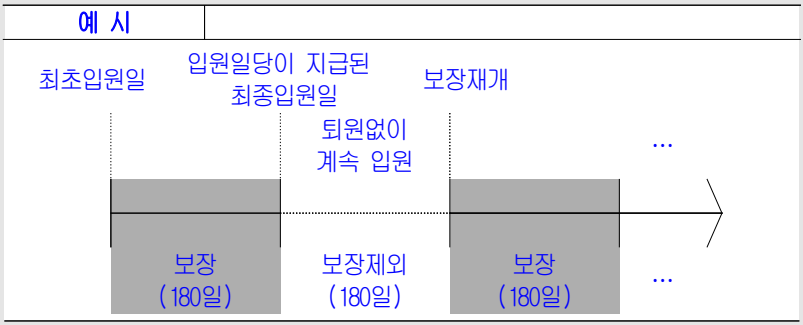
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

83. 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)
83. 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 뇌혈관질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 뇌혈관질환입원일당은 피보험자가 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 뇌혈관질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 뇌혈관질환입원일당은 계속 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표14】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다.
또한 회사가 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

84. 뇌혈관질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)

84. 뇌혈관질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

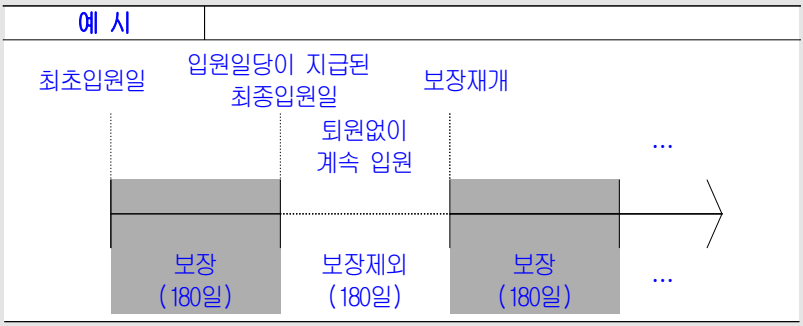
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환입원일당(요양제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 뇌혈관질환입원일당(요양제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 뇌혈관질환입원일당(요양제외)은 피보험자가 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 뇌혈관질환입원일당(요양제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환입원일당(요양제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 뇌혈관질환입원일당(요양제외)은 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환입원일당(요양제외)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있

어서 【별표14】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

또한 회사가 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

85. 허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)
85. 허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
허혈성심장질환통원일당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 허혈성심장질환통원일당의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 연간 30일을 한도로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환통원일당의 지급횟수는 병원 또는 의원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 허혈성심장질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 허혈성심장질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 허혈성심장질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 허혈성심장질환통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표15】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출

을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 허혈성심장질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 통원치료확인서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

86. 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음)
86. 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
허혈성심장질환통원일당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 허혈성심장질환통원일당의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 연간 30일을 한도로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환통원일당의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 허혈성심장질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 허혈성심장질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 허혈성심장질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈성심장질환통원일당을 지급합니다.

4 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지

의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈성심장질환통원일당을 지급합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 허혈성심장질환통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표15】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 "종합병원"의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 허혈성심장질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "종합병원"에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 통원치료확인서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제7조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

87. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)

87. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
허혈성심장질환통원일당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 허혈성심장질환통원일당의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 연간 30일을 한도로 합니다.
3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환통원일당의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
2 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 허혈성심장질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 허혈성심장질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 허혈성심장질환을 통원치료의 주된 목

적으로 하는 경우에만 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈성심장질환통원일당을 지급합니다.

4 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈성심장질환통원일당을 지급합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 허혈성심장질환통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표15】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 "상급종합병원"의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 허혈성심장질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "상급종합병원"에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 통원치료확인서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

88. 허혈성심장질환입원일당(1일이상180일한도)
88. 허혈성심장질환입원일당(1일이상180일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

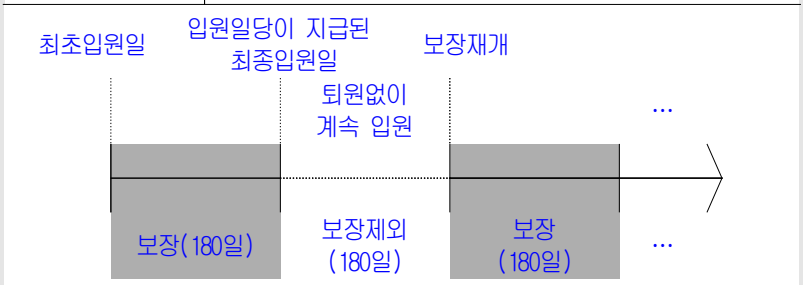
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 허혈성심장질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 허혈성심장질환입원일당은 피보험자가 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 허혈성심장질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심장질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 허혈성심장질환입원일당은 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 허혈성심장질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목

적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표15】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한

의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

89. 허혈성심장질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)

89. 허혈성심장질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

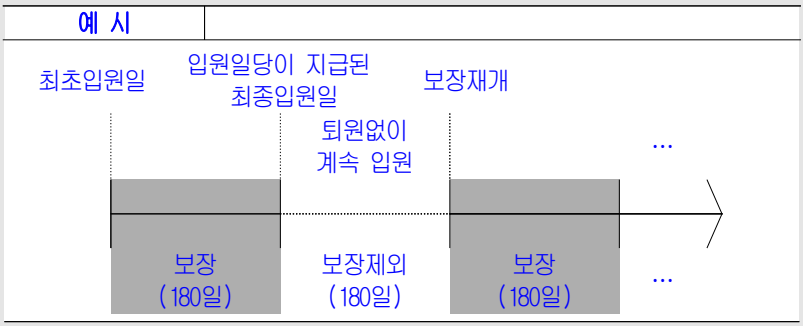
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환입원일당(요양제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 허혈성심장질환입원일당(요양제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 허혈성심장질환입원일당(요양제외)은 피보험자가 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 허혈성심장질환입원일당(요양제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심장질환입원일당(요양제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 허혈성심장질환입원일당(요양제외)은 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 허혈성심장질환입원일당(요양제외)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에

있어서 【별표15】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

90. 뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)
90. 뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌·심혈관특정질환"으로 진단확정되고, 입원 중에 "뇌·심특정재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 뇌·심특정재활치료(급여)" 라 합니다.) 또는 통원하여 "뇌·심특정재활치료(급여)"(이하 "통원 뇌·심특정재활치료(급여)"라 합니다.)를 받은 경우 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌·심특정재활치료비(급여,1일1회,연간90회한)(이하 "뇌·심특정재활치료비(급여)"라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌·심특정재활치료비는 "입원 뇌·심특정재활치료(급여)"와 "통원 뇌·심특정재활치료(급여)"를 합산하여 연간 90회를 한도로 하며, 한도 산정 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 다음 각 호의 경우에는 "입원 뇌·심특정재활치료(급여)"와 "통원 뇌·심특정재활치료(급여)" 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 "입원 뇌·심특정재활치료(급여)"를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 "입원 뇌·심특정재활치료(급여)"를 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 "통원 뇌·심특정재활치료(급여)"를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 "통원 뇌·심특정재활치료(급여)"를 받은 경우

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("뇌·심혈관특정질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌·심혈관특정질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표68】(뇌·심혈관특정질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "뇌·심혈관특정질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. "뇌졸중"의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을, "심장질환(특정II)"의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌·심혈관특정질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 "뇌·심혈관특정질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌·심혈관특정질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(뇌·심특정재활치료(급여)의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌·심 특정재활치료(급여)"라 함은 "뇌·심혈관특정질환" 자체 또는 "뇌·심혈관특정질환" 의 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 보건복지부가 고시하는 【별표69】(뇌·심특정재활치료(급여) 분류표)에서 정한 뇌·심혈관특정질환 특정재활치료 대상 "수가코드"를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(입원 및 통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료기록부 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

91. 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)
91. 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)로 보험수익자에게 지급합니다.

지 급 기 준	지 급 금 액
간병인 사용시간이 1일당 8시간 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우	보험가입금액의 100%

예 시	간병인사용 질병입원일당II 계산

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용 예시
- 입원기간 : 2026년 4월 1일 ~ 2026년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2026년 4월 10일 오후7시 ~ 2026년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	×	○	○	○	○
지급금액	2만5천원	5만원	5만원	5만원	5만원

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 미만이므로 보험가입금액의 50%를 지급

· 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일) 지급금액
: 2만5천원 + 5만원×4일 = 22만5천원 지급

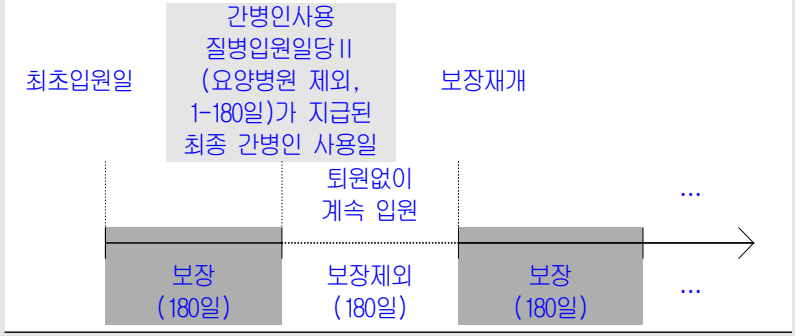
2 제1항의 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인 사용질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)는 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)가 지급된 최종 간

병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시	최초입원시 간병인을 사용한 경우



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

3 의료법 제 4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당 II(요양병원 제외, 1-180일)는 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)을 말합니다.

제5조(간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 직업안정법상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.

예 시	간병인의 주요업무
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본

인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용시간, 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 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.

3 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

92. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)
92. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

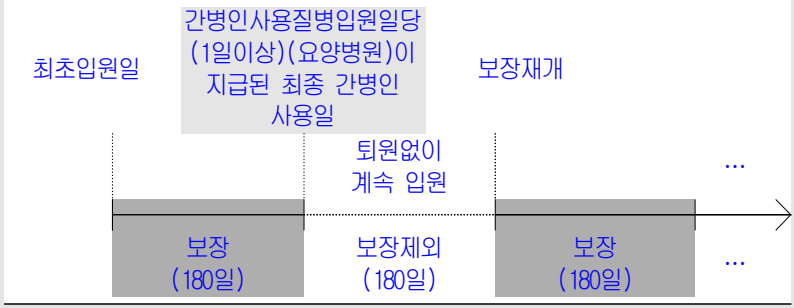
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원)은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원)이 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시	최초입원시 간병인을 사용한 경우



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하

지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 직업안정법상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며,의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.

예 시	간병인의 주요업무
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

3 의료법 제 4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원)은 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 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. 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 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.

3 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

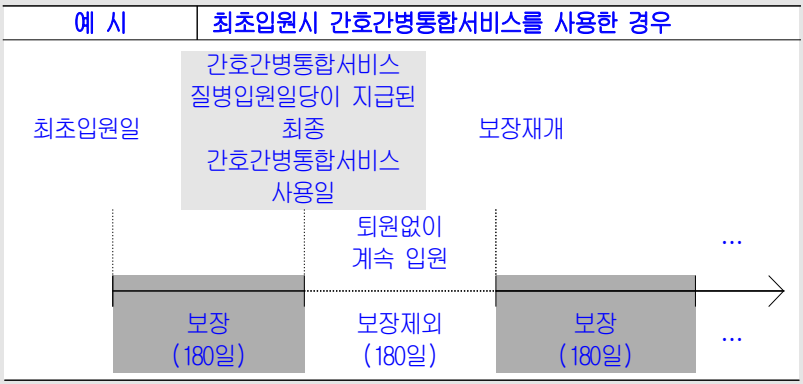
제7조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

93. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)
93. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 간호간병통합서비스 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호간병통합서비스 질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호간병통합서비스 질병입원일당이 지급된 최종 입원의 최종 간호간병통합서비스 사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호간병통합서비스 질병입원일당이 지급된 최종 간호간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호간병통합서비스 질병입원일당이 지급된 최종 간호간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호간병통합서비스 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)을 말합니다.

제4조(간호간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 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」 제2조3호에 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.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 시행규칙 제1조의4(간호 · 간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 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 제4조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

3 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

94. 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)

94. 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외) 또는 의원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

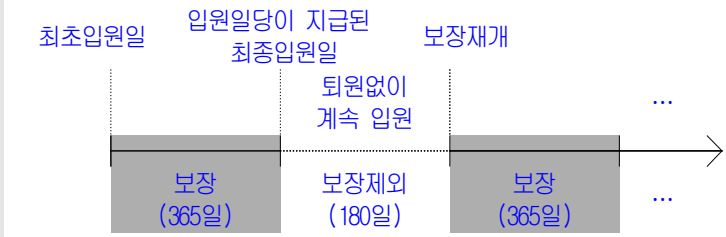
2 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원한 날만을 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시



3 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 다른 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외) 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 질병입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 질병입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에 해당하는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 질병입원일당을 지급합니다.

9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 에 해당하게 된 경우

최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 질병입원일당을 지급합니다.

10 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다. 단, 제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"은 제외합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

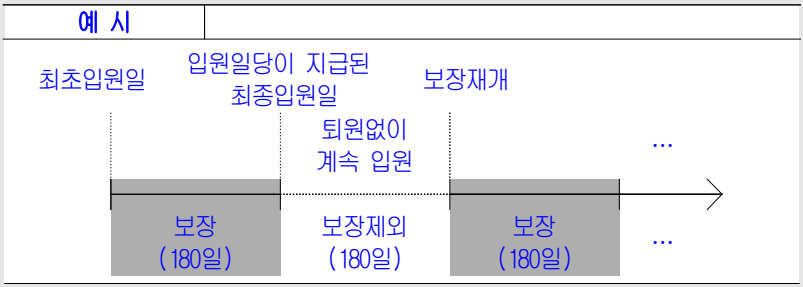
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

95. 질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)
95. 질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원한 날만을 기준으로 합니다.
2 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 다른 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 질병입원일당을 지급합니다.
7 피보험자가 제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 질병입원일당을 지급합니다.
8 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하게 된 경우 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 질병입원일당을 지급합니다.
9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 질병입원일당을 지급합니다.
10 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)
이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제4조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

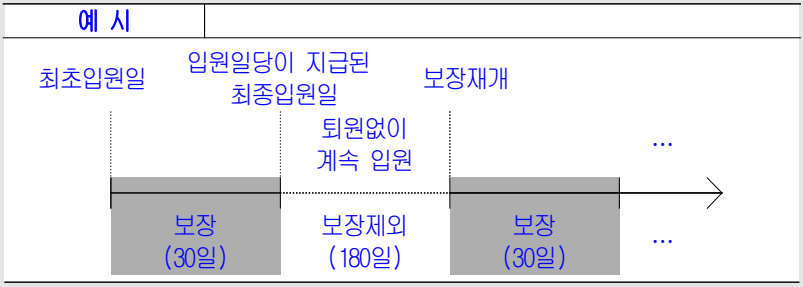
제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

96. 종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)
96. 종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 질병입원일당(1인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 종합병원 질병입원일당(1인실)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고한도로 합니다. 이 경우 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 질병입원일당(1인실)은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원일당(1인실)이 지

급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 종합병원 질병입원일당(1인실)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병입원일당(1인실)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 종합병원 질병입원일당(1인실)을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 질병입원일당(1인실)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당(1인실)을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당(1인실)을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당(1인실)을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당(1인실)을 지급합니다.

9 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

10 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문

의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비

3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

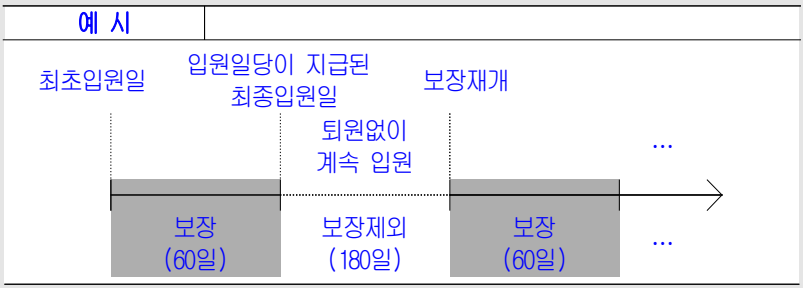
제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

97. 상급종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)
97. 상급종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 질병입원일당(1인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 상급종합병원 질병입원일당(1인실)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 60일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 질병입원일당(1인실)은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원일당(1인실)이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 질병입원일당(1인실)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원일당(1인실)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1인실)을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 질병입원일당(1인실)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1인실)을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1인실)을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1인실)을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1인실)을 지급합니다.

9 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

10 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

98. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)

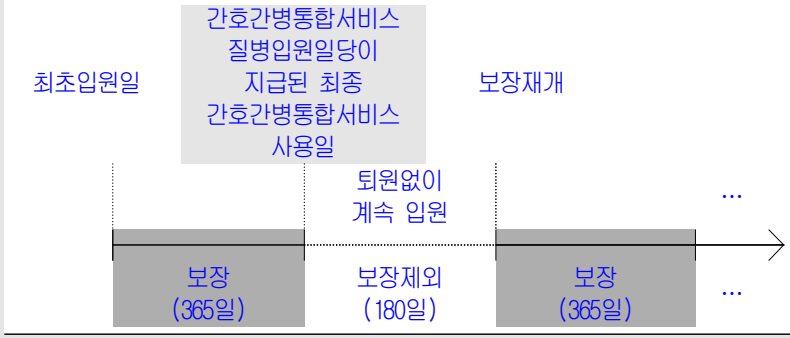
98. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 간호간병통합서비스 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 간호간병통합서비스 질병입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원한 날만을 기준으로 합니다.
2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호간병통합서비스 질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호간병통합서비스 질병입원일당이 지급된 최종 입원의 최종 간호간병통합서비스 사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호간병통합서비스 질병입원일당이 지급된 최종 간호간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호간병통합서비스 질병입원일당이 지급된 최종 간호간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시	최초입원시 간호간병통합서비스를 사용한 경우



3 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호간병통합서비스 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 다른 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

6 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 질병입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 질병입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에 해당하는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 질병입원일당을 지급합니다.

9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 질병입원일당을 지급합니다.

10 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

11 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원을 말합니다. 단, 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제5조(간호간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

관 련 법 규	의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 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」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 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.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 시행규칙 제1조의4(간호 · 간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립 정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 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 제5조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

3 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

99. 간병인사용 질병입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)

99. 간병인사용 질병입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외) 또는 의원에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 180일초과 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

지 급 기 준	지 급 금 액
간병인 사용시간이 1일당 8시간 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우	보험가입금액의 100%

예 시	간병인사용 질병입원일당Ⅱ 계산

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용 예시
- 입원기간 : 2026년 4월 1일 ~ 2026년 10월 30일
- 간병인 사용기간 : 2026년 4월 1일 ~ 2026년 10월 2일 오전7시

구분	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간 이상 여부	○	○	○	○	×
지급금액	5만원	5만원	5만원	5만원	2만5천원

→ 9월 28일이 181일째 입원일이므로 9월 28일 이후부터 보장
10월 2일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 미만이므로 보험가입금액의 50%를 지급

· 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 지급금액
: 5만원×4일 + 2만5천원= 22만5천원 지급

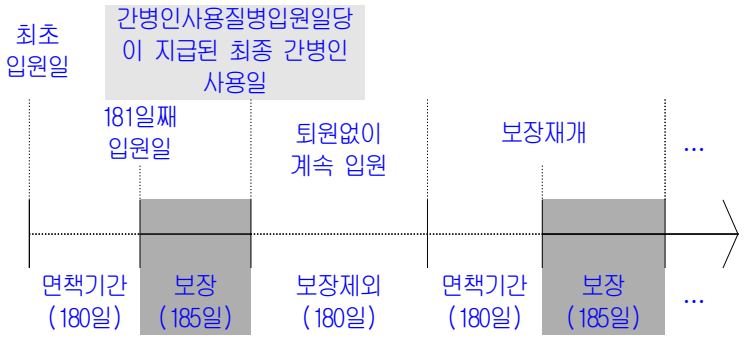
2 제1항의 간병인사용질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용질병입원일당의 지급일수는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원한 날만을 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용질병입원일당이 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용질병입원일당이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용질병입원일당이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시	최초입원시 간병인을 사용한 경우



3 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 다른 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외) 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

6 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용질병입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)의 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용질병입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에 해당하는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용질병입원일당을 지급합니다.

9 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간병인사용질병입원일당을 지급합니다.

10 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

11 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다. 단, 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"은 제외합니다.

제5조(간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 직업안정법상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.

예 시	간병인의 주요업무
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중

어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

3 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용질병입원일당은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 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. 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용시간, 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 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.

3 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제8조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

100. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)
100. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원중에 "질병 재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 질병재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "질병 재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 질병재활치료(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 "입원 질병재활치료(급여)" 횟수와 "통원 질병재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 15회를 한도로 합니다.
3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하

며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "통원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조("질병 재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "질병 재활치료(급여)"라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 선천기형,변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
2. 정신 및 행동 장애(F00-F99)

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

101. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)
101. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원중에 "질병 재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 질병재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "질병 재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 질병재활치료(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 "입원 질병재활치료(급여)" 횟수와 "통원 질병재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.

3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "통원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조("질병 재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "질병 재활치료(급여)"라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료

기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 선천기형,변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
2. 정신 및 행동 장애(F00-F99)

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제7조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

102. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)
102. 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원중에 "질병 재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 질병재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "질병 재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 질병재활치료(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 "입원 질병재활치료(급여)" 횟수와 "통원 질병재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 60회를 한도로 합니다.
3 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지

못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "통원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조("질병 재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "질병 재활치료(급여)"라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 선천기형,변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
2. 정신 및 행동 장애(F00-F99)

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

103. 조혈모세포이식수술비
103. 조혈모세포이식수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 장기수혜자로서 조혈모세포이식수술을 받았을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 조혈모세포이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("조혈모세포이식"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "조혈모세포이식"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 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(autologus)말초조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

관 련 법 규	골수이식의료기관
장기등 이식에 관한 법률 시행령 [별표4] 이식의료기관의 시설 · 장비 · 인력 등에 따라 골수이식의료기관으로 지정된 의료기관을 말합니다.	

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

104. 기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ(급여, 연간1회한)
104. 기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ(급여,

연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중" 또는 "특정심장질환"으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "기계적혈전제거술(카테터법)"을 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
기계적혈전제거술(카테터법) 치료비Ⅱ	뇌졸중	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	특정 심장질환	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표11】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌졸중"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서

화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특정심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표64】(특정심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 특정심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(기계적혈전제거술(카테터법)의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "기계적혈전제거술(카테터법)"이라 함은 【별표73】(기계적혈전제거술(카테터법) 분류표)에서 정한 기계적혈전제거술(카테터법) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수기재), 진단서, 진료기록부 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

105. 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)

105. 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

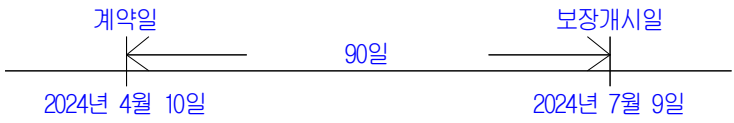
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암 보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "암주요치료"("암수술", "항암방사선치료", "항암약물치료")를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 주요치료비로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정 시	보험계약일부터 1년이상에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정 시	
"암주요치료"시	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	"보험금 지급 대상기간"동안 적용		

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



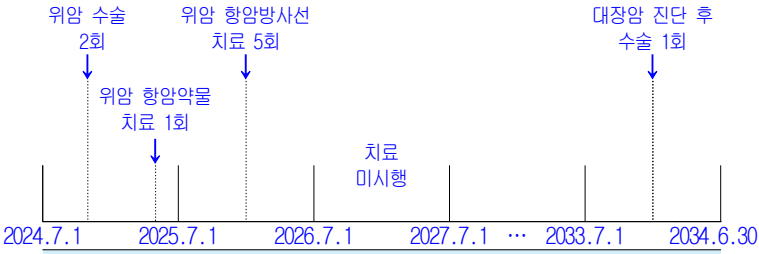
3 제1항에서 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년까지의 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "암주요치료"를 받은 경우에는 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급 대상기간"으로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제1항에서 "연간"이란 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단해당일("암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 암 진단해당일이라 합니다) 전일까지 기간을 의미합니다. 다만, 해당연월에 암 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막날을 암 진단해당일로 합니다.

예 시 1	암 주요치료비 지급 예시

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 위암 최초 진단확정일 : 2024년 7월 1일
· 대장암 최초 진단확정일 : 2033년 7월 1일



보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 50%지급(1회)	보험가입금액 50%지급(1회)	미지급	…	보험가입금액 50%지급(1회)

※ 2024년 7월 1일 위암 최초 진단 이후 위암 이외의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급 기간은 2024년 7월 1일로부터 10년입니다.
※ 위암 최초 진단확정일이 보험계약일부터 1년미만이므로, 보험금 지급 대상기간동안 이 특별약관의 보험가입금액 50%를 지급합니다.

예 시 2 | **암 주요치료비 지급 예시**

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일
· 대장암 최초 진단확정일 : 2035년 1월 1일



보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 지급(1회)	보험가입금액 지급(1회)	미지급	…	보험가입금액 지급(1회)

※ 2026년 1월 1일 위암 최초 진단 이후 위암 이외의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급 기간은 2026년 1월 1일로부터 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(암 주요치료의 정의)

1 "암 주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신

의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

2 "암 주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
6. 제1호 내지 제5호 이외의 "암 주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

3 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암 주요치료"로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의

병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1. 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제1절 일반조항 제29조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "암(기타

피부암 및 갑상선암 제외)"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절 일반조항 제37조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 최초 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 최초 진단확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

3 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 최초 진단확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

3 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

106. 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)

106. 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "암주요치료"("암수술", "항암방사선치료", "항암약물치료")를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암주요치료비로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

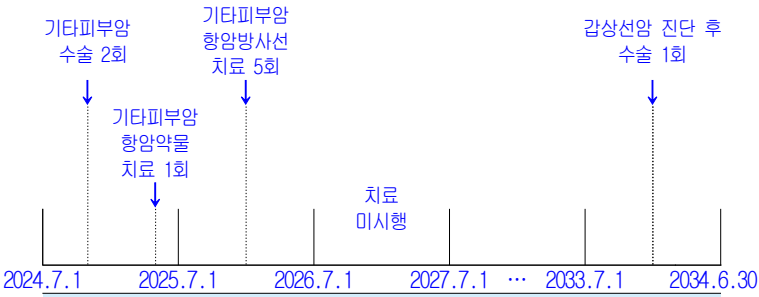
구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만에 "기타피부암 또는 갑상선암"으로 진단확정 시	보험계약일부터 1년이상에 "기타피부암 또는 갑상선암"으로 진단확정 시	
"암주요치료"시	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	"보험금 지급 대상기간"동안 적용		

2 제1항에서 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년까지의 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "암주요치료"를 받은 경우에는 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급 대상기간"으로 합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 매1년 단위로 도래하는 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단해당일("기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 암 진단해당일이라 합니다) 전일까지 기간을 의미합니다. 다만, 해당연월에 암 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막날을 암 진단해당일로 합니다.

예 시 1	암 주요치료비 지급 예시

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 기타피부암 최초 진단확정일 : 2024년 7월 1일
· 갑상선암 최초 진단확정일 : 2033년 7월 1일

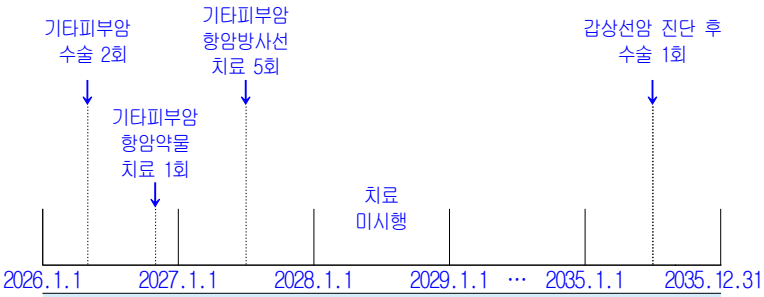


보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 50%지급(1회)	보험가입금액 50%지급(1회)	미지급	…	보험가입금액 50%지급(1회)

※ 2024년 7월 1일 기타피부암 최초 진단 이후 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급 기간은 2024년 7월 1일로부터 10년입니다.
※ 기타피부암 최초 진단확정일이 보험계약일부터 1년미만이므로, 보험금 지급 대상기간동안 이 특별약관의 보험가입금액 50%를 지급합니다.

예 시 2 | **암 주요치료비 지급 예시**

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 기타피부암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일
· 갑상선암 최초 진단확정일 : 2035년 1월 1일



보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 지급(1회)	보험가입금액 지급(1회)	미지급	…	보험가입금액 지급(1회)

※ 2026년 1월 1일 기타피부암 최초 진단 이후 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급 기간은 2026년 1월 1일로부터 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.	

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

3 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"
· 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(암 주요치료의 정의)

1 "암 주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는

기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

2 "암 주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
6. 제1호 내지 제5호 이외의 "암 주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

3 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암 주요치료"로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(항암방사선치료의 정의)
"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)
"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)
이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제1절 일반조항 제29조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절 일반조항 제37조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

3 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

3 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

107. 종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)
107. 종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 질병입원일당(2-3인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.

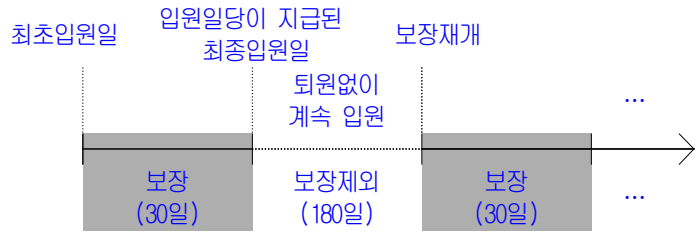
2 제1항의 종합병원 질병입원일당(2-3인실)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고한도로 합니다. 이 경우 종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 질병입원일당(2-3인실)은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원일당(2-3인실)이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 종합병원 질병입원일당(2-3인실)이 지급된 최종 입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병

입원일당(2-3인실)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 종합병원 질병입원일당(2-3인실)을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 질병입원일당(2-3인실)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 종합병원의 2인실 또는 3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 종합병원 2인실 또는 3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 2인실 또는 3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2인실 또는 3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

9 중환자실 및 격리실에 입원한 경우에는 보장에서 제외합니다.

용 어 풀 이	

· **중환자실**
「의료법」 시행규칙 제34조 [별표4] 의료기관의 시설기준 및 규격에서 정한 중환자실의 시설·장비를 갖춘 병실

· **격리실**
전염력이 강한 전염성 환자, 면역이 억제된 환자 또는 보건복지부장관이 격리가 필요하다고 인정한 환자를 일반 환자와 격리하여 치료하기 위한 병실

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중

어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

108. 상급종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)

108. 상급종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

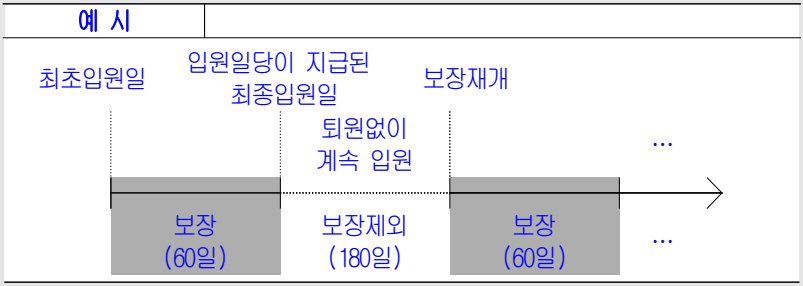
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원한 날만을 기준으로 60일을 계산합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더

합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 상급종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원의 2인실 또는 3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 2인실 또는 3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 제3조("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 2인실 또는 3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

6 피보험자가 제3조("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2인실 또는 3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당(2-3인실)을 지급합니다.

9 중환자실 및 격리실에 입원한 경우에는 보장에서 제외합니다.

용 어 풀 이	

· **중환자실**
「의료법」 시행규칙 제34조 [별표4] 의료기관의 시설기준 및 규격에서 정한 중환자실의 시설·장비를 갖춘 병실

· **격리실**
전염력이 강한 전염성 환자, 면역이 억제된 환자 또는 보건복지부장관이 격리가 필요하다고 인정한 환자를 일반 환자와 격리하여 치료하기 위한 병실

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	의료법 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

제4조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제3조("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

109. 만성당뇨합병증진단비
109. 만성당뇨합병증진단비【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 만성당뇨합병증으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
만성당뇨합병증진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단

확정)에서 정한 "만성당뇨합병증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의 "만성당뇨합병증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표78】(만성당뇨합병증 분류표)에서 정하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관의 "만성당뇨합병증"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다. 또한 회사가 "만성당뇨합병증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

1. 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조형술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
2. 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질 500㎎이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아틴치가 1.5㎎/㎗이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
3. 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
4. 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

110. 충수염(맹장염)수술비
110. 충수염(맹장염)수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 충수염(맹장염)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 수술1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염(맹장염)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(충수염(맹장염)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의"충수염(맹장염)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서" 충수염(맹장염)"으로 분류되는 질병(【별표79】(충수염(맹장염) 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "충수염(맹장염)"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "충수염(맹장염)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 충수염(맹장염)수술비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

111. 갑상선기능항진증치료비
111. 갑상선기능항진증치료비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 갑상선기능항진증으로 진단확정되고 갑상선기능항진증치료를 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 갑상선기능항진증치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
갑상선기능항진증치료비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("갑상선기능항진증", "갑상선기능항진증치료"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "갑상선기능항진증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 E05(갑상선독증[갑상선기능항진증])에 해당하는 질병을 말합니다.

2 "갑상선기능항진증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "갑상선기능항진증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 "갑상선기능항진증치료"라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 갑상선절제술을 받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 "갑상선절제술"이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 "갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy)" 및 "갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)"을 말합니다.
2. 방사성요오드 치료를 받은 경우
3. 60일이상 항갑상선제를 처방받은 경우

용 어 풀 이	

· **방사성요오드치료** : 주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료
· **항갑상선제** : 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole 에 해당하는 약제

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본

인이 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능항진증치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

112. 갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한,90일면책)

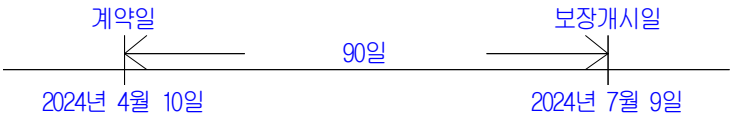
112. 갑상선바늘생검조직병리진단비 (연간1회한,90일면책)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 갑상선 바늘생검 조직병리진단에 대한 보장개시일(이하 갑상선 바늘생검 조직병리진단 보장개시일이라 합니다) 이후에 "갑상선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 갑상선바늘생검조직병리진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "갑상선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

2 제1항의 경우 갑상선 바늘생검 조직병리진단 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	갑상선 바늘생검 조직병리진단의 보장개시일



3 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

4 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 갑상선 바늘생검 조직병리진단 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("갑상선 바늘생검 조직병리진단"의 정의)에서 정한 "갑상선 바늘생검 조직병리진단"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("갑상선 바늘생검 조직병리진단"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "갑상선 바늘생검 조직병리진단"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "갑상선 바늘생검 조직병리진단"이 필요하다고 인정한 경우로서 질병의 진단을 위해 생체에서 세포, 조직의 일부를 바늘을 이용하여 추출하는 바늘생검(Needle Biopsy)을 통해 조직의 병리를 진단하는 방법을 말합니다.

2 "갑상선 바늘생검 조직병리진단"에는 주사기에 달린 바늘로 조직을 찔러서 내용을 빨아들여 묻어 나온 세포 또는 조직을 채취하여 검사하는 흡인생검을 통한 갑상선의 조직병리진단이 포함됩니다. 다만, 종양 또는 의증이 되는 병변부위를 절개하여 일부만 절취하는 절개생검 및 전체를 제거하는 절제생검을 통한 갑상선의 조직병리진단은 보장에서 제외합니다.

3 "갑상선 바늘생검 조직병리진단"은 보험기간 중 갑상선의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가 "갑상선 바늘생검 조직병리진단"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 갑상선 바늘생검 조직병리진단 보장개시일의 전일 이전에 "갑상선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의

납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

113. 특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음)

113. 특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 특정 양성종양 수술비 I (24대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음) 보장
· 특정 양성종양 수술비 II (33대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음) 보장
· 특정 양성종양 수술비III(5대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음) 보장
· 특정 양성종양 수술비IV(6대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액있음) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정 양성종양(기타 경증질환 포함)"으로 진단확정되고 그 "특정 양성종양(기타 경증질환 포함)"의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 특정 양성종양 수술비(기타 경증질환 포함)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 180일미만	보험계약일부터 180일이상 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
특정 양성종양 수술비 I (24대, 기타 경증질환 포함)	해당 보장의 보험가입금액 10%	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
특정 양성종양 수술비 II (33대, 기타 경증질환 포함)	해당 보장의 보험가입금액 10%	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
특정 양성종양 수술비III (5대, 기타 경증질환 포함)	해당 보장의 보험가입금액 10%	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
특정 양성종양 수술비IV (6대, 기타 경증질환 포함)	해당 보장의 보험가입금액 10%	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조("특정 양성종양(기타 경증질환 포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정 양성종양(기타 경증질환 포함)"이라 함은 "특정 양성종양 I (24대, 기타 경증질환 포함)", "특정 양성종양II(33대, 기타 경증질환 포함)", "특정 양성종양III(5대, 기타 경증질환 포함)" 및 "특정 양성종양IV(6대, 기타 경증질환 포함)"을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정 양성종양 I (24대, 기타 경증질환 포함)"이라 함은 【별표80-1】(특정 양성종양 I (24대, 기타 경증질환 포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정 양성종양II(33대, 기타 경증질환 포함)"이라 함은 【별표80-2】(특정 양성종양II(33대, 기타 경증질환 포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "특정 양성종양III(5대, 기타 경증질환 포함)"이라 함은 【별표80-3】(특정 양성종양III(5대, 기타 경증질환 포함) 분류표)에서 정한 질병

을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "특정 양성종양Ⅳ(6대, 기타 경증질환 포함)"이라 함은 【별표80-4】(특정 양성종양Ⅳ(6대, 기타 경증질환 포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

6 "특정 양성종양(기타 경증질환 포함)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정 양성종양(기타 경증질환 포함)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정 양성종양 수술비(기타 경증질환 포함)를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 회사가 제1항에 따라 특정 양성종양 수술비(기타 경증질환 포함)를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 특정 양성종양 수술비(기타 경증질환 포함)에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

114. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)
114. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음) 【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병(뇌, 심장)"으로 진단확정되고, "2대질병(뇌, 심장)"의 직접적인 치료를 목적으로 "보험금 지급 대상기간" 이내에 "2대질병(뇌, 심장) 주요치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만에 "2대질병(뇌,심장)"으로 진단확정 시	보험계약일부터 1년이상에 "2대질병(뇌, 심장)"으로 진단확정 시	
"2대질병(뇌, 심장) 주요치료"시	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	"보험금 지급 대상기간"동안 적용		

2 제1항에서 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "2대질병(뇌, 심장)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년까지의 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "2대질병(뇌, 심장) 주요치료"를 받은 경우에는 "2대질병(뇌, 심장)"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급 대상기간"으로 합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 "2대질병(뇌, 심장)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "2대질병(뇌, 심장)"의 진단해당일("2대질병(뇌, 심장)"의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 2대질병(뇌, 심장) 진단해당일이라 합니다) 전일까지 기간을 의미합니다. 다만, 해당연월에 2대질병(뇌, 심장) 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막날을 2대질병(뇌, 심장) 진단해당일로 합니다.

예 시 1	2대질병(뇌, 심장) 주요치료비 지급 예시

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 뇌경색증 최초 진단확정일 : 2024년 7월 1일
· 급성심근경색증 최초 진단확정일 : 2033년 7월 1일

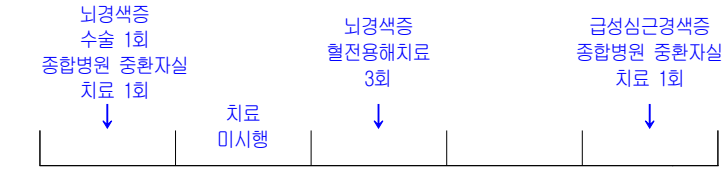


보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 50%지급(1회)	미지급	보험가입금액 50%지급(1회)	…	보험가입금액 50%지급(1회)

※ 2024년 7월 1일 뇌경색증 최초 진단 이후 급성심근경색증을 최초 진단받더라도 보험금 지급 대상기간은 2024년 7월 1일로부터 10년입니다.
※ 뇌경색증 최초 진단확정일이 보험계약일부터 1년미만이므로, 보험금 지급 대상기간동안 이 특별약관의 보험가입금액 50%를 지급합니다.

예 시 2	2대질병(뇌, 심장) 주요치료비 지급 예시

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 뇌경색증 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일
· 급성심근경색증 최초 진단확정일 : 2035년 1월 1일



보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 지급(1회)	미지급	보험가입금액 지급(1회)	…	보험가입금액 지급(1회)

※ 2026년 1월 1일 뇌경색증 최초 진단 이후 급성심근경색증을 최초 진단받더라도 보험금 지급 대상기간은 2026년 1월 1일로부터 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보험기간 중 "2대질병(뇌, 심장)"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "보험금 지급 대상기간"이

만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("2대질병(뇌, 심장)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "2대질병(뇌, 심장)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표81-1】(2대질병(뇌혈관질환) 분류표)에서 정한 "2대질병(뇌혈관질환)" 및 【별표81-2】(2대질병(심장질환) 분류표)에서 정한 "2대질병(심장질환)"을 말합니다.

2 "2대질병(뇌혈관질환)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "2대질병(뇌혈관질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 "2대질병(심장질환)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "2대질병(심장질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 2대질병(뇌, 심장)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 2대질병(뇌, 심장)으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("2대질병(뇌, 심장) 주요치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "2대질병(뇌, 심장) 주요치료"라 함은 "2대질병(뇌, 심장)"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "2대질병(뇌, 심장)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "2대질병(뇌, 심장)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
3. "2대질병(뇌, 심장)"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실 치료"

를 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항의 수술에는 "2대질병(뇌, 심장)"의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함합니다.

1. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막는 경우, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우 또는 혈관에 스텐트 등을 삽입하여 혈관을 확장하는 경우. 단, 혈관 조영술 및 중심정맥관 삽입술은 제외합니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "2대질병(뇌, 심장)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 또는 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 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조("종합병원 중환자실 치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "종합병원 중환자실 치료"라 함은 의사에 의하여 "2대질병(뇌, 심장)"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "2대질병(뇌, 심장)"으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표21】 참조)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

유 의 사 항	입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2024년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "2대질병(뇌, 심장)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제1절 일반조항 제29조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "2대질병(뇌, 심장)"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절 일반조항 제37조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중 "2대질병(뇌, 심장)"으로 최초 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

115. 신특정순환계질환진단비
115. 신특정순환계질환진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 신특정순환계질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
신특정순환계질환 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(신특정순환계질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "신특정순환계질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(신특정순환계질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표82】(신특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다

2 "신특정순환계질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "신특정순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 "신특정순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신특정순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술, 초음파 검사결과지 등 기타 검사결과지 포함 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 신특정순환계질환진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

116. 신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년, 연간1회한)

116. 신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확

정되고, "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "보험금 지급 대상기간" 이내에 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 "신특정순환계질환 주요치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 신특정순환계질환 주요치료비로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만에 "신특정순환계질환"으로 진단확정 시	보험계약일부터 1년이상에 "신특정순환계질환"으로 진단확정 시	
"신특정순환계질환 주요치료"시	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	"보험금 지급 대상기간"동안 적용		

2 제1항에서 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "신특정순환계질환"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년까지의 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "신특정순환계질환 주요치료"를 받은 경우에는 "신특정순환계질환"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급 대상기간"으로 합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 "신특정순환계질환"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "신특정순환계질환"의 진단해당일("신특정순환계질환"의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 신특정순환계질환 진단해당일이라 합니다) 전일까지 기간을 의미합니다. 다만, 해당연월에 신특정순환계질환 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막날을 신특정순환계질환 진단해당일로 합니다.

예 시 1 | **신특정순환계질환 주요치료비 지급 예시**

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 뇌경색증 최초 진단확정일 : 2024년 7월 1일
· 급성심근경색증 최초 진단확정일 : 2033년 7월 1일



보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 50%지급(1회)	미지급	보험가입금액 50%지급(1회)	…	보험가입금액 50%지급(1회)

※ 2024년 7월 1일 뇌경색증 최초 진단 이후 급성심근경색증을 최초 진단받더라도 보험금 지급 대상기간은 2024년 7월 1일로부터 10년입니다.
※ 뇌경색증 최초 진단확정일이 보험계약일부터 1년미만이므로, 보험금 지급 대상기간동안 이 특별약관의 보험가입금액 50%를 지급합니다.

예 시 2 | **신특정순환계질환 주요치료비 지급 예시**

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 뇌경색증 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일
· 급성심근경색증 최초 진단확정일 : 2035년 1월 1일



보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 지급(1회)	미지급	보험가입금액 지급(1회)	…	보험가입금액 지급(1회)

※ 2026년 1월 1일 뇌경색증 최초 진단 이후 급성심근경색증을 최초 진단받더라도 보험금 지급 대상기간은 2026년 1월 1일로부터 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보험기간 중 "신특정순환계질환"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "보험금 지급 대상기간"이

만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("신특정순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표82】(신특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다

2 "신특정순환계질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "신특정순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "신특정순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신특정순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("신특정순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 주요치료"라 함은 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
3. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실 치료"를 받은 경우
4. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "특정급여치료"를 받은 경우

예 시	"신특정순환계질환 주요치료"에 해당되지 않는 경우
· 간경화에 동반된 문맥혈전증이 있는 환자가 문맥혈전증의 직접치료(혈전제거술 등) 목적이 아닌 간경화의 악화로 인한 수술(간이식 등)이나 중환자실 치료를 받은 경우 · 척추측만증에 동반된 심장질환이 있는 환자가 심장질환의 직접치료 목적이 아닌 척추측만증 수술을 받은 경우	

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항의 수술에는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함합니다.

1. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막는 경우, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우 또는 혈관에 스텐트 등을 삽입하여 혈관을 확장하는 경우. 단, 혈관 조영술 및 중심정맥관 삽입술은 제외합니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

5 제1항에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 순환계의 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 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조("종합병원 중환자실 치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "종합병원 중환자실 치료"라 함은 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표21】참조)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

유 의 사 항	입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2024년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제8조("특정급여치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "특정급여치료"라 함은 【별표85】(특정급여치료 분류표)

에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제9조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제10조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "신특정순환계질환"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관

의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제1절 일반조항 제29조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "신특정순환계질환"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절 일반조항 제37조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중 "신특정순환계질환"으로 최초 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

117. 고혈압(원발성)대상질병진단비
117. 고혈압(원발성)대상질병진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 고혈압(원발성)진단비 보장
- 중등증이상고혈압(원발성)진단비 보장
- 중증고혈압(원발성)진단비 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "고혈압(원발성)대상질병"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 고혈압(원발성)대상질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
고혈압(원발성)대상질병진단비	고혈압(원발성)진단비	해당 보장의 보험가입금액 10%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	중등증이상 고혈압(원발성)진단비	해당 보장의 보험가입금액 10%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	중증 고혈압(원발성)진단비	해당 보장의 보험가입금액 10%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%

예 시	고혈압(원발성)대상질병진단비 지급금액 예시

• **보험가입금액**
- 고혈압(원발성)진단비 보장 : 10만원
- 중등증이상고혈압(원발성)진단비 보장 : 20만원
- 중증고혈압(원발성)진단비 보장 : 50만원

[예시1]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 고혈압(원발성)으로 진단확정된 경우
→ 10만원 지급
이후 중등증이상고혈압(원발성)으로 진단확정된 경우
→ 20만원 지급
이후 중증고혈압(원발성)으로 진단확정된 경우
→ 50만원 지급

[예시2]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 다른 진단 없이 중등증이상고혈압(원발성)으로 진단확정된 경우
→ 30만원 지급
(고혈압(원발성) 10만원 + 중등증이상고혈압(원발성) 20만원)
이후 중증고혈압(원발성)으로 진단확정된 경우
→ 50만원 지급

[예시3]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 다른 진단 없이 중증고혈압(원발성)으로 진단확정된 경우
→ 80만원 지급
(고혈압(원발성) 10만원 + 중등증이상고혈압(원발성) 20만원
+ 중증고혈압(원발성) 50만원)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제4조("고혈압(원발성)대상질병"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "고혈압(원발성)대상질병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조("고혈압(원발성)대상질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "고혈압(원발성)대상질병"이라 함은 "고혈압(원발성)", "중등증이상고혈압(원발성)" 및 "중증고혈압(원발성)"을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "고혈압(원발성)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표83】(고혈압(원발성) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "중등증이상고혈압(원발성)"이라 함은 제2항에서 정한 "고혈압(원발성)" 중 수축기혈압 160㎜Hg이상 또는 이완기혈압 100㎜Hg이상을 만족하는 고혈압(원발성)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "중증고혈압(원발성)"이라 함은 제2항에서 정한 "고혈압(원발성)" 중 수축기혈압 180㎜Hg이상 또는 이완기혈압 120㎜Hg이상을 만족하는 고혈압(원발성)을 말합니다.

5 제3항 및 제4항에서 수축기혈압 및 이완기혈압이란 혈압 커프를 감고 측정한 검사결과를 말합니다.

6 "고혈압(원발성)대상질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "고혈압(원발성)대상질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   단, 중등증이상고혈압(원발성)진단비 및 중증고혈압(원발성)진단비의 경우 수축기혈압 또는 이완기혈압을 포함한 진료기록부(검사결과지 포함)를 추가로 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 고혈압(원발성)대상질병진단비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 회사가 제1항에 따라 고혈압(원발성)대상질병진단비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 고혈압(원발성)대상질병진단비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

118. 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비
118. 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 이상지질혈증(고지혈증포함)진단비 보장
- 중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함)진단비 보장
- 중증 이상지질혈증(고지혈증포함)진단비 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비	이상지질혈증(고지혈증포함)진단비	해당 보장의 보험가입금액 10%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함)진단비	해당 보장의 보험가입금액 10%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	중증 이상지질혈증(고지혈증포함)진단비	해당 보장의 보험가입금액 10%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%

예 시	이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비 지급금액 예시

• **보험가입금액**
- 이상지질혈증(고지혈증포함)진단비 보장 : 10만원
- 중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함)진단비 보장 : 20만원
- 중증 이상지질혈증(고지혈증포함)진단비 보장 : 50만원

[예시1]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 이상지질혈증(고지혈증포함)으로 진단확정된 경우
→ 10만원 지급
이후 중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함)으로 진단확정된 경우
→ 20만원 지급
이후 중증 이상지질혈증(고지혈증포함)으로 진단확정된 경우
→ 50만원 지급

[예시2]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 다른 진단 없이 중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함)으로 진단확정된 경우
→ 30만원 지급
(이상지질혈증(고지혈증포함) 10만원
+ 중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함) 20만원)
이후 중증 이상지질혈증(고지혈증포함)으로 진단확정된 경우
→ 50만원 지급

[예시3]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 다른 진단 없이 중증 이상지질혈증(고지혈증포함)으로 진단확정된 경우
→ 80만원 지급
(이상지질혈증(고지혈증포함) 10만원
+ 중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함) 20만원
+ 중증 이상지질혈증(고지혈증포함) 50만원)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제4조("이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합

니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조("이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병"이라 함은 "이상지질혈증(고지혈증포함)", "중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함)" 및 "중증 이상지질혈증(고지혈증포함)"을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "이상지질혈증(고지혈증포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표84】(이상지질혈증(고지혈증포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함)"이라 함은 제2항에서 정한 "이상지질혈증(고지혈증포함)" 중 저밀도콜레스테롤 수치가 190㎎/dL 이상을 만족하는 이상지질혈증(고지혈증포함)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "중증 이상지질혈증(고지혈증포함)"이라 함은 제2항에서 정한 "이상지질혈증(고지혈증포함)" 중 저밀도콜레스테롤 수치가 220㎎/dL이상을 만족하는 이상지질혈증(고지혈증포함)을 말합니다.

5 제3항 및 제4항에서 저밀도콜레스테롤 수치란 혈액검체에서 시행한 콜레스테롤 검사결과를 통해 측정된 수치를 말합니다.

6 "이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   단, 중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함)진단비 및 중증 이상지질혈증(고지혈증포함)진단비의 경우 저밀도콜레스테롤 수치를 포함한 진료기록부(검사결과지 포함)를 추가로 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 회사가 제1항에 따라 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

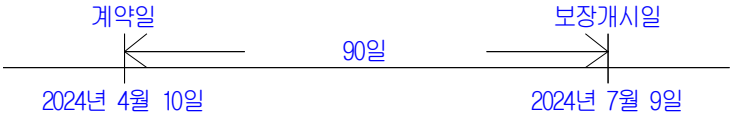
119. 전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한,90일면책)
119. 전립선바늘생검조직병리진단비 (연간1회한,90일면책)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자(남성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 전립선 바늘생검 조직병리진단에 대한 보장개시일(이하 전립선 바늘생검 조직병리진단 보장개시일이라 합니다) 이후에 "전립선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 전립선바늘생검조직병리진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "전립선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

2 제1항의 경우 전립선 바늘생검 조직병리진단 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	전립선 바늘생검 조직병리진단의 보장개시일



3 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

4 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 전립선 바늘생검 조직병리진단 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("전립선 바늘생검 조직병리진단"의 정의)에서 정한 "전립선 바늘생검 조직병리진단"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("전립선 바늘생검 조직병리진단"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "전립선 바늘생검 조직병리진단"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "전립선 바늘생검 조직병리진단"이 필요하다고 인정한 경우로서 질병의 진단을 위해 생체에서 세포, 조직의 일부를 바늘을 이용하여 추출하는 바늘생검(Needle Biopsy)을 통해 조직의 병리를 진단하는 방법을 말합니다.

2 "전립선 바늘생검 조직병리진단"에는 주사기에 달린 바늘로 조직을 찔러서 내용을 빨아들여 묻어 나온 세포 또는 조직을 채취하여 검사하는 흡인생검을 통한 전립선의 조직병리진단이 포함됩니다. 다만, 종양 또는 의증이 되는 병변부위를 절개하여 일부만 절취하는 절개생검 및 전체를 제거하는 절제생검을 통한 전립선의 조직병리진단은 보장에서 제외합니다.

3 "전립선 바늘생검 조직병리진단"은 보험기간 중 전립선의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가 "전립선 바늘생검 조직병리진단"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 전립선 바늘생검 조직병리진단 보장개시일의 전일 이전에 "전립선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

120. 유방바늘생검조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)

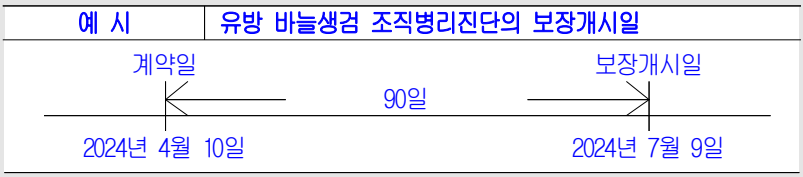
120. 유방바늘생검조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 유방 바늘생검 조직병리진단에 대한 보장개시일(이하 유방 바늘생검 조직병리진단 보장개시일이라 합니다) 이후에 "유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방바늘조직진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

2 제1항의 경우 유방 바늘생검 조직병리진단 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

4 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 유방 바늘생검 조직병리진단 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"의 정의)에서 정한 "유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"이라 함은 【별표87】(유방 바늘생검 조직병리진단 분류표)에서 정한 유방바늘조직검사 대상 "수가코드"를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 "유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"이 필요하다고 인정한 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 유방 바늘생검 조직병리진단 보장개시일의 전일 이전에 "유방 바늘생검 조직병리진단(급여)"을 받은 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

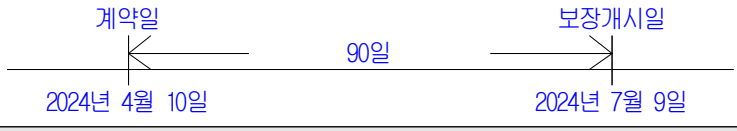
제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

121. 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)

121. 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 심부 바늘생검 조직병리진단에 대한 보장개시일(이하 심부 바늘생검 조직병리진단 보장개시일이라 합니다) 이후에 "심부 바늘생검 조직병리진단(급여)"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심부 바늘생검 조직병리진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "심부 바늘생검 조직병리진단(급여)"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.
2 제1항의 경우 심부 바늘생검 조직병리진단 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	심부 바늘생검 조직병리진단의 보장개시일



3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
4 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 심부 바늘생검 조직병리진단 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따

를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("심부 바늘생검 조직병리진단(급여)"의 정의)에서 정한 "심부 바늘생검 조직병리진단(급여)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("심부 바늘생검 조직병리진단(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "심부 바늘생검 조직병리진단(급여)"이라 함은 【별표88】(심부 바늘생검 조직병리진단 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 "심부 바늘생검 조직병리진단(급여)"은 보험기간 중 심부의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려진 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가 "심부 바늘생검 조직병리진단(급여)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 심부 바늘생검 조직병리진단 보장개시일의 전일 이전에 "심부 바늘생검 조직병리진단(급여)"을 받은 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

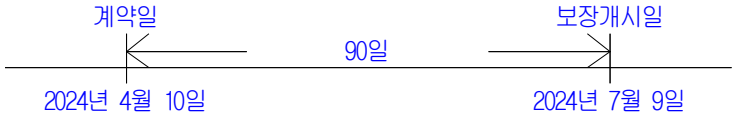
122. 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)
122. 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 자궁 생검 조직병리진단에 대한 보장개시일(이하 자궁 생검 조직병리진단 보장개시일이라 합니다) 이후에 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 자궁 생검 조직병리진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "자궁 생검 조직병리진단(급여)"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

2 제1항의 경우 자궁 생검 조직병리진단 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	자궁 생검 조직병리진단의 보장개시일



3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

4 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 자궁 생검 조직병리진단 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("자궁 생검 조직병리진단(급여)"의 정의)에서 정한 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("자궁 생검 조직병리진단(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"이라 함은 【별표89】(자궁 생검 조직병리진단 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"은 보험기간 중 자궁의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려진 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 자궁 생검 조직병리진단 보장개시일의 전일 이전에 "자궁 생검 조직병리진단(급여)"을 받은 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

123. 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)

123. 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

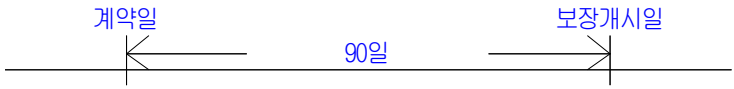
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암

보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "암주요치료II"("암수술", "항암방사선치료", "항암약물치료")를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 주요치료비로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정 시	보험계약일부터 1년이상에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정 시	
"암주요치료II" 시	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	"보험금 지급 대상기간"동안 적용		

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



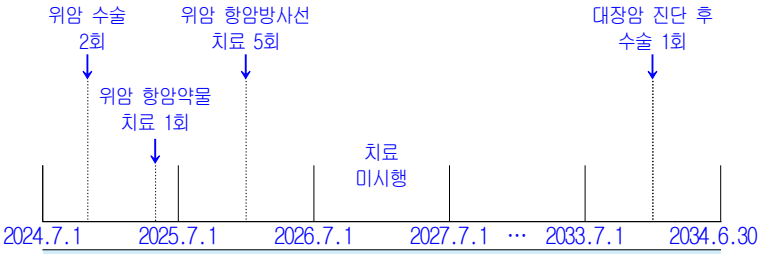
3 제1항에서 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년까지의 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "암주요치료II"를 받은 경우에는 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급 대상기간"으로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제1항에서 "연간"이란 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단해당일("암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 암 진단해당일이라 합니다) 전일까지 기간을 의미합니다. 다만, 해당연월에 암 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막날을 암 진단해당일로 합니다.

예 시 1	암 주요치료비 지급 예시

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 위암 최초 진단확정일 : 2024년 7월 1일
· 대장암 최초 진단확정일 : 2033년 7월 1일



보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 50%지급(1회)	보험가입금액 50%지급(1회)	미지급	…	보험가입금액 50%지급(1회)

※ 2024년 7월 1일 위암 최초 진단 이후 위암 이외의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급 기간은 2024년 7월 1일로부터 10년입니다.
※ 위암 최초 진단확정일이 보험계약일부터 1년미만이므로, 보험금 지급 대상기간동안 이 특별약관의 보험가입금액 50%를 지급합니다.

예 시 2 | **암 주요치료비 지급 예시**

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일
· 대장암 최초 진단확정일 : 2035년 1월 1일



보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 지급(1회)	보험가입금액 지급(1회)	미지급	…	보험가입금액 지급(1회)

※ 2026년 1월 1일 위암 최초 진단 이후 위암 이외의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급 기간은 2026년 1월 1일로부터 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(암 주요치료Ⅱ의 정의)

1 "암 주요치료Ⅱ"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하

신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

2 "암 주요치료II"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
7. 제1호 내지 제6호 이외의 "암 주요치료II"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

3 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암 주요치료II"로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것	
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것	
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것	
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제1절 일반조항 제29조(제2회

이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절 일반조항 제37조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 최초 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 최초 진단확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

3 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 최초 진단확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

3 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

124. 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)

124. 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)

【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "암주요치료Ⅱ"("암수술", "항암방사선치료", "항암약물치료")를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 주요치료비로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

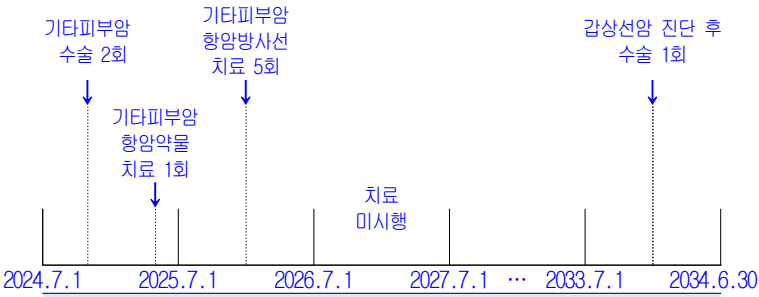
구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만에 "기타피부암 또는 갑상선암"으로 진단확정 시	보험계약일부터 1년이상에 "기타피부암 또는 갑상선암"으로 진단확정 시	
"암주요치료Ⅱ"시	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	"보험금 지급 대상기간"동안 적용		

2 제1항에서 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년까지의 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "암주요치료Ⅱ"를 받은 경우에는 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급 대상기간"으로 합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 매1년 단위로 도래하는 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단해당일("기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 암 진단해당일이라 합니다) 전일까지 기간을 의미합니다. 다만, 해당연월에 암 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막날을 암 진단해당일로 합니다.

예 시 1	암 주요치료비 지급 예시

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 기타피부암 최초 진단확정일 : 2024년 7월 1일
· 갑상선암 최초 진단확정일 : 2033년 7월 1일

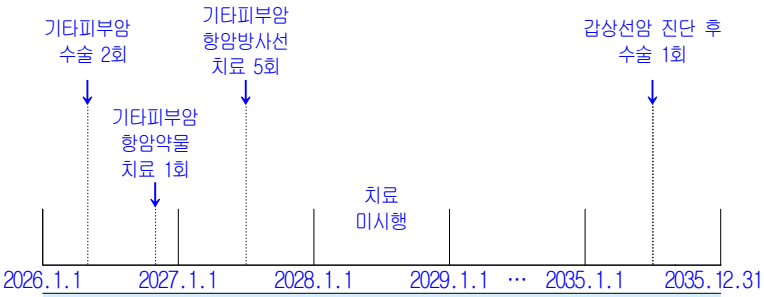


보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 50%지급(1회)	보험가입금액 50%지급(1회)	미지급	…	보험가입금액 50%지급(1회)

※ 2024년 7월 1일 기타피부암 최초 진단 이후 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급 기간은 2024년 7월 1일로부터 10년입니다.
※ 기타피부암 최초 진단확정일이 보험계약일부터 1년미만이므로, 보험금 지급 대상기간동안 이 특별약관의 보험가입금액 50%를 지급합니다.

예 시 2 | **암 주요치료비 지급 예시**

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 기타피부암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일
· 갑상선암 최초 진단확정일 : 2035년 1월 1일



보험금 지급 대상기간				
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 지급(1회)	보험가입금액 지급(1회)	미지급	…	보험가입금액 지급(1회)

※ 2026년 1월 1일 기타피부암 최초 진단 이후 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급 기간은 2026년 1월 1일로부터 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.	

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

3 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"
· 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(암 주요치료Ⅱ의 정의)

1 "암 주요치료Ⅱ"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하

는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

2 "암 주요치료II"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
7. 제1호 내지 제6호 이외의 "암 주요치료II"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

3 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암 주요치료II"로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의

병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제1절 일반조항 제29조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절 일반조항 제37조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

3 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

3 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

125. 항암중입자방사선치료비(최초1회한)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

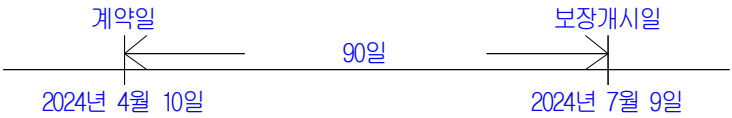
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암중입자방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암중입자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
항암중입자방사선 치료비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 제8조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표7】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("항암중입자방사선치료" 등의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "항암중입자방사선치료"라 함은 제5조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내 또는 국외에 허가된 중입자치료센터에서 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 느린 속도로 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)이 있으며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다. 단, "항암양성자방사선치료"는 포함하지 않습니다.

2 제1항의 "항암양성자방사선치료"라 함은 제5조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내 또는 국외에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다.

용 어 풀 이	항암중입자방사선치료

항암중입자방사선치료는 항암방사선치료의 하나로, 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 작은양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 항암중입자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)
이 특별약관에 있어서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)
회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암중입자방사선치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)
< 1종 >
1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.
< 2종 >
1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이

특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

126. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)II 【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

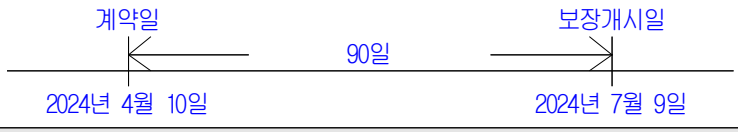
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
표적항암약물 허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일

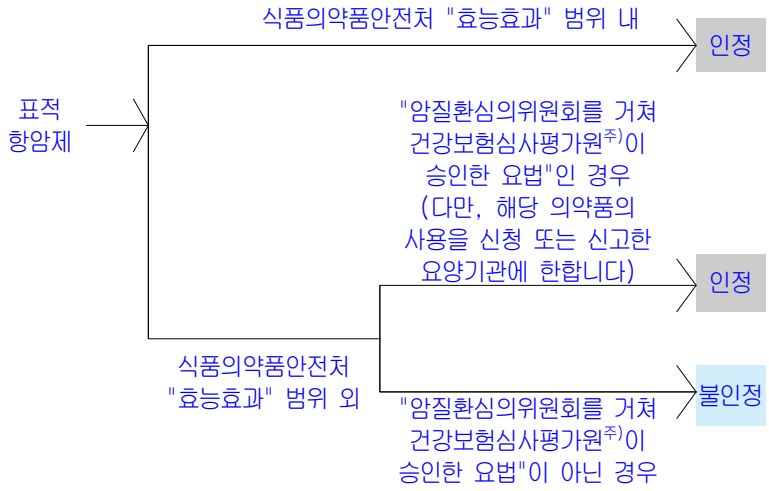


3 제2항에도 불구하고 제9조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(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 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

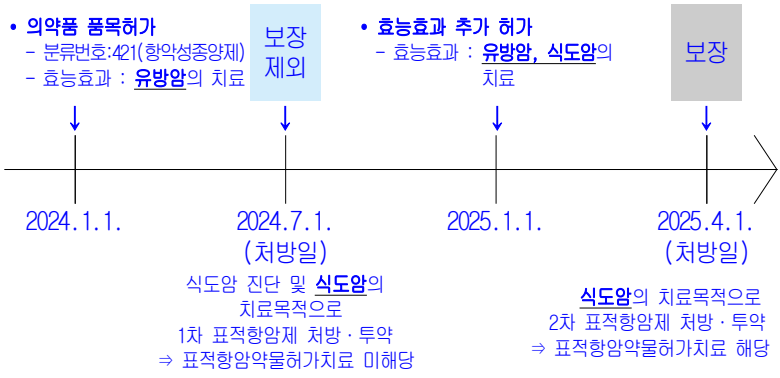
용 어 풀 이 | **표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위**

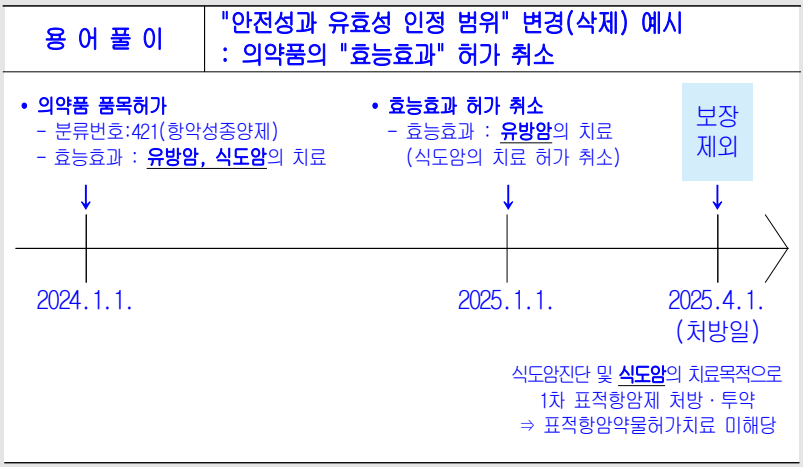


주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

2 제1조(보험금의 지급사유)의 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

용 어 풀 이 | **"안전성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 "효능효과" 추가 허가**





3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표7】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "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.

용 어 풀 이	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.

용 어 풀 이	표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 2월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표20-1】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 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 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용 어 풀 이	암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용 어 풀 이	"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 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 "표적항암제"의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. "표적항암약물허가치료" 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용의 경우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

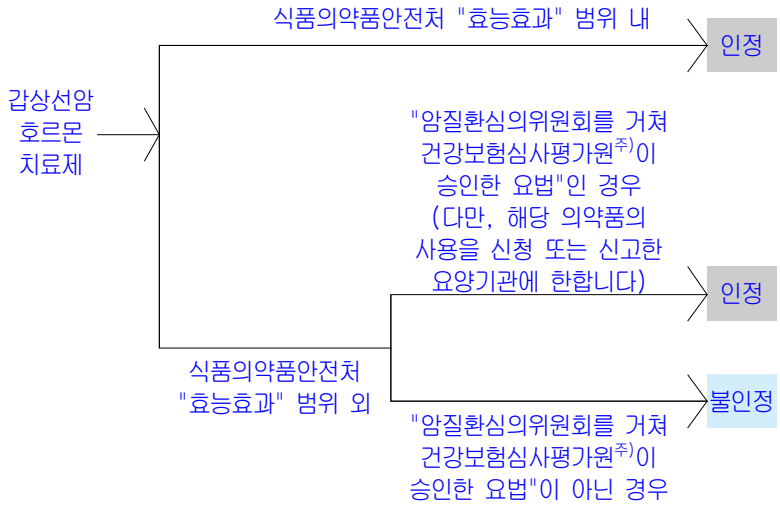
127. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)II【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "갑상선암"의 수술 후 "갑상선암호르몬약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 갑상선암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
갑상선암호르몬 약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(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 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

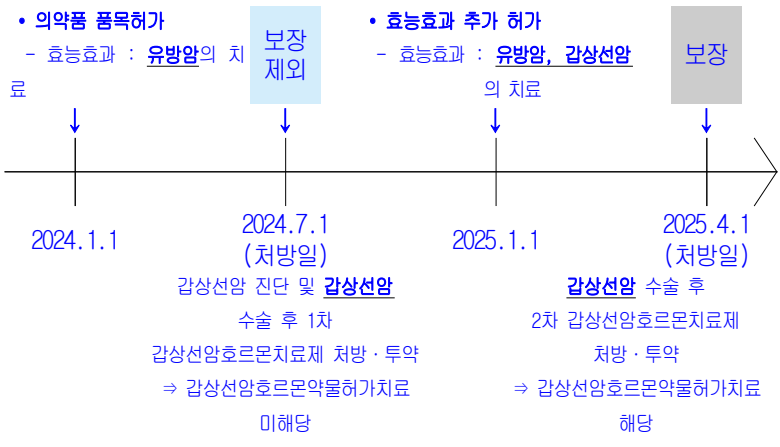
용 어 풀 이	갑상선암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



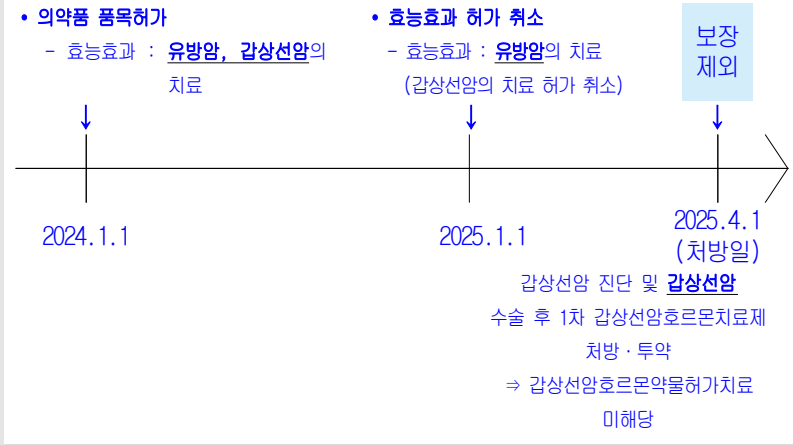
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

2 제1조(보험금의 지급사유)의 "갑상선암호르몬약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "갑상선암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(갑상선암호르몬치료제 및 갑상선암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

용 어 풀 이	"안전성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 "효능효과" 추가 허가



용 어 풀 이	"안전성과 유효성 인정 범위" 변경(삭제) 예시 : 의약품의 "효능효과" 허가 취소



3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(갑상선암호르몬치료제 및 갑상선암호르몬약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "갑상선암호르몬치료제"라 함은 갑상선암수술 후 갑상선자극호르몬을 억제하기 위해 사용되는 갑상선암호르몬치료제로 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행속도를 늦추기 위한 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용 어 풀 이	갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

갑상선암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2020년 10월 기준 갑상선암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표20-2】(갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암호르몬약물허가치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "갑상선암" 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 제1항에서 정한 "갑상선암호르몬치료제"를 "안전성과 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 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사

용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용 어 풀 이	암질환심의위원회(중증질환심의위원회)
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.	

용 어 풀 이	"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 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 "갑상선암호르몬치료제"의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "갑상선암호르몬치료제"이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. "갑상선암호르몬약물허가치료" 증명서
   가. 갑상선암호르몬약물허가치료 진단서 또는 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용의 경우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암호르몬약물허가치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

128. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)II【갱신계약】(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

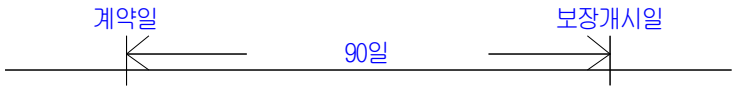
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여 표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 비급여 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
비급여 표적항암약물 허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일

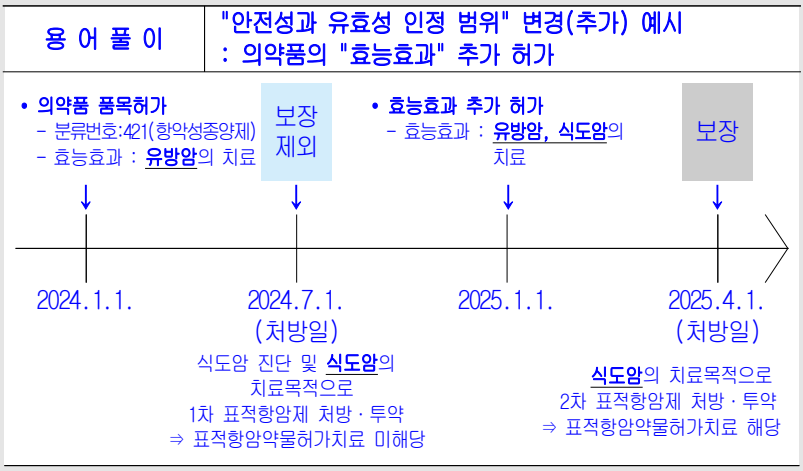


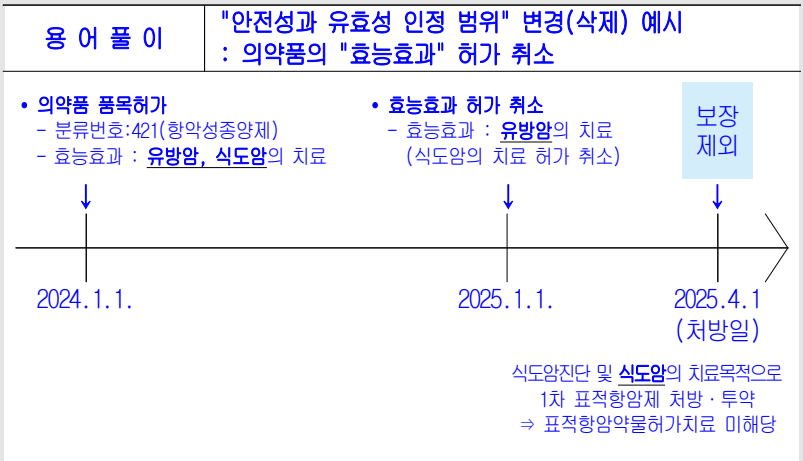
3 제2항에도 불구하고 제9조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 비급여 표적항암약물허가치료비는 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)의 "비급여 표적항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "비급여"에 해당되는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 비급여 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표7】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 비급여 표적항암약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번

호에 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.

용 어 풀 이	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 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "표적항암제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

용 어 풀 이	"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법
• 식품의약품안전처 허가 내 "효능효과"확인 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색	

4 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 "표적항암제"의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "비급여 표적항암약물허가치료"라 함은 제2항에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중 "비급여" 대상에 해당되는 치료를 말합니다.

예 시	비급여 표적항암제 예시

2024년 2월 기준 비급여 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명은 아래 의약품 등이 있으며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 비급여 표적항암제 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Monohydrate	타브렉타정200밀리그램 (카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정150밀리그램 (카프마티닙염산염일수화물)
2	프랄세티닙분무건조분산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐100밀리그램 (프랄세티닙)

6 제5항의 "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 비급여항목 포함)을 말합니다.

7 전액본인부담금(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 "비급여"로 보지 않습니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. "표적항암약물허가치료" 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 급여 적용 여부

ㅁ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 비급여 표적항암약물허가치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간

이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

129. 암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)

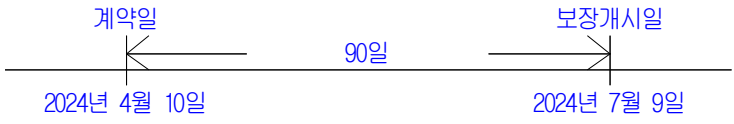
129. 암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외) 【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암,갑상선암 제외)"으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전

문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(기타피부암,갑상선암 제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표7】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암,갑상선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암" 및 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(기타피부암,갑상선암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(기타피부암,갑상선암 제

외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암,갑상선암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암,갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외) 보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

130. 기타피부암,갑상선암 치료비지원

130. 기타피부암,갑상선암 치료비지원【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 기타피부암,갑상선암 치료비지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 "기타피부암" 및 "갑상선암" 각각에 대하여 중복하여 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("기타피부암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("기타피부암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

- 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(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암,갑상선암 치료비지원 보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

131. 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원
131. 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병(뇌, 심장)"으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원 보험금은 중복하여 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("2대질병(뇌, 심장)" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "2대질병(뇌, 심장)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조("2대질병(뇌, 심장)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "2대질병(뇌, 심장)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표81-1】(2대질병(뇌혈관질환) 분류표)에서 정한 "2대질병(뇌혈

관질환)" 및 【별표81-2】(2대질병(심장질환) 분류표)에서 정한 "2대질병(심장질환)"을 말합니다.

2 "2대질병(뇌혈관질환)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "2대질병(뇌혈관질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 "2대질병(심장질환)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "2대질병(심장질환)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4 제2항 내지 제3항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 2대질병(뇌, 심장)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 2대질병(뇌, 심장)으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원 보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

132. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)

132. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

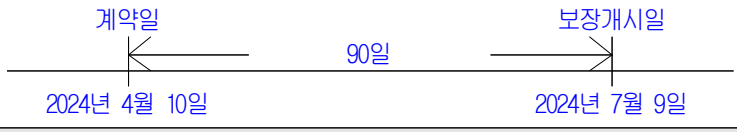
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "암주요치료III"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일 부터 1년미만	보험계약일 부터 1년이상	
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한			
항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)	연간1회한			
항암호르몬약물치료	연간1회한			
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 25%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암주요치료III"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, "치료비 보험금"의 50%를 "선지급 치료비"로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 "선지급 치료비"는 500만원을 한도로 하며 "종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "암주요치료III" 중 "중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암주요치료III"를 기준으로 제1

조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산
· 보험가입금액 : 500만원 · 암 진단 및 치료예약 - 가입 후 2년 뒤 간암(C22) 진단 및 종합병원에서 수술치료 예약 후 선지급 치료비 청구 · 치료비 보험금 : 500만원(보험가입금액의 100%) **· 선지급 치료비 : 250만원(치료비 보험금의 50%)**	

4 "선지급 치료비"를 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 지급한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

5 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 "선지급 치료비"와 변경된 예약내용에 따라 계산된 "선지급 치료비"의 차액을 정산합니다.

6 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 피보험자가 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 또한, 이미 지급된 "선지급 치료비" 및 이자를 회사에 반환하여야 합니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암주요치료III"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 종합병원 이외의 병원에서 치료한 경우
5. 제1호 내지 제4호 이외에 회사의 보험금 지급의무가 없었음이 확인된 경우

7 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 보험수익자는 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제3항에서 정한 "치료비 보험금"에서 "선지급 치료비"를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다.

8 제7항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않은 경우 회사는 제6항에서 정한 "선지급 치료비" 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

9 회사는 제8항에 따라 "선지급 치료비" 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 "선지급 치료비" 및 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

10 제6항 및 제9항에 따라 "선지급 치료비"에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

11 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이

전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "선지급 치료비"를 청구할 수 없습니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.	

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(유사암제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(유사암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가"암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("암 주요치료Ⅲ"의 정의)

1 "암 주요치료Ⅲ"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

2 "암 주요치료Ⅲ"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
6. 제1호 내지 제5호 이외의 "암 주요치료Ⅲ"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

용 어 풀 이	호르몬 투여

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 치료나 신체 기능 유지 및 보충을 위해 호르몬을 투여하는 경우를 말하며, "항암호르몬약물치료"인 호르몬성 항암제(제7조(항암약물치료 등의 정의) 참조)와 구별됩니다.

예시)

· 성장호르몬 투여
· 식욕부진 개선을 위한 호르몬합성유도체
· 갱년기 증상 완화 목적의 성호르몬 보충
· 미용 목적의 호르몬 사용, 내분비 기능 조절 목적의 호르몬 사용 등

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치

료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료 등의 정의)

1 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 제3항에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 제외한 치료를 말합니다.

3 "항암호르몬약물치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

용 어 풀 이	호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물	

4 제3항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제3항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제3항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제3항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제8조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암(유사암제외)"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표21】 참조)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

유 의 사 항	입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미 · 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함 · 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2024년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.	

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. "선지급 치료비"를 청구하는 경우 진단서, 치료예약 확인서, 진료기록부 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

2 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 제출서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제11조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개

시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

133. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)【

133. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)【갱신계약】(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "암주요치료III"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일 부터 1년미만	보험계약일 부터 1년이상	
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한			
항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)	연간1회한			
항암호르몬약물치료	연간1회한			
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 25%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암주요치료III"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, "치료비 보험금"의 50%를 "선지급 치료비"로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 "선지급 치료비"는 500만원을 한도로 하며 "종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "암주요치료III" 중 "중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암주요치료III"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산
· 보험가입금액 : 100만원 · 유사암 진단 및 치료예약 - 가입 후 2년 뒤 갑상선암(C73) 진단 및 종합병원에서 수술치료 예약 후 선지급 치료비 청구 · 치료비 보험금 : 100만원(보험가입금액의 100%) **· 선지급 치료비 : 50만원(치료비 보험금의 50%)**	

4 "선지급 치료비"를 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 지급한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

5 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 "선지급 치료비"와 변경된 예약내용에 따라 계산된 "선지급 치료비"의 차액을 정산합니다.

6 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 피보험자가 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 또한, 이미 지급된 "선지급 치료비" 및 이자를 회사에 반환하여야 합니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암주요치료III"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 종합병원 이외의 병원에서 치료한 경우
5. 제1호 내지 제4호 이외에 회사의 보험금 지급의무가 없었음이 확인된 경우

7 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 보험수익자는 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제3항에서 정한 "치료비 보험금"에서 "선지급 치료비"를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다.

8 제7항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않은 경우 회사는 제6항에서 정한 "선지급 치료비" 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

9 회사는 제8항에 따라 "선지급 치료비" 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 "선지급 치료비" 및 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

10 제6항 및 제9항에 따라 "선지급 치료비"에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

11 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "선지급 치료비"를 청구할 수 없습니다.

제3조("기타피부암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표8】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표9】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

5 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("암 주요치료Ⅲ"의 정의)

1 "암 주요치료Ⅲ"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하

신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
4. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
5. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

2 "암 주요치료Ⅲ"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
6. 제1호 내지 제5호 이외의 "암 주요치료Ⅲ"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

용 어 풀 이	호르몬 투여

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 치료나 신체 기능 유지 및 보충을 위해 호르몬을 투여하는 경우를 말하며, "항암호르몬약물치료"인 호르몬성 항암제(제7조(항암약물치료 등의 정의) 참조)와 구별됩니다.

예시)

· 성장호르몬 투여
· 식욕부진 개선을 위한 호르몬합성유도체
· 갱년기 증상 완화 목적의 성호르몬 보충
· 미용 목적의 호르몬 사용, 내분비 기능 조절 목적의 호르몬 사용 등

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료 등의 정의)

1 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 제3항에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 제외한 치료를 말합니다.

3 "항암호르몬약물치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터

(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

용 어 풀 이	호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물	

4 제3항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제3항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제3항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제3항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제8조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표21】 참조)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

유 의 사 항	입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미 · 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함 · 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2024년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.	

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. "선지급 치료비"를 청구하는 경우 진단서, 치료예약 확인서, 진료기록부 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

2 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 제출서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관

의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

134. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)

134. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

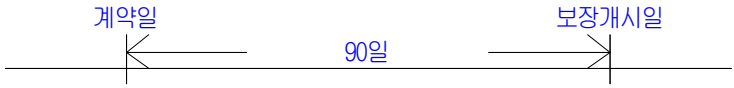
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "암주요치료Ⅳ"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일 부터 1년미만	보험계약일 부터 1년이상	
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한			
항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)	연간1회한			
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 25%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암주요치료Ⅳ"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, "치료비 보험금"의 50%를 "선지급 치료비"로 지급할 수 있습니다.
2 제1항의 "선지급 치료비"는 500만원을 한도로 하며 "종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "암주요치료Ⅳ" 중 "중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.
3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암주요치료Ⅳ"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산
· 보험가입금액 : 500만원 · 암 진단 및 치료예약 - 가입 후 2년 뒤 간암(C22) 진단 및 종합병원에서 수술치료 예약 후 선지급 치료비 청구 · 치료비 보험금 : 500만원(보험가입금액의 100%) **· 선지급 치료비 : 250만원(치료비 보험금의 50%)**	

4 "선지급 치료비"를 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 지급한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.
5 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 "선지급 치료비"와 변경된 예약내용에 따라 계산된 "선지급 치료비"의 차액을 정산합니다.
6 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 피보험자가 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 또한, 이미 지급된 "선지급 치료비" 및 이자를 회사에 반환하여야 합니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암주요치료Ⅳ"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 종합병원 이외의 병원에서 치료한 경우
5. 제1호 내지 제4호 이외에 회사의 보험금 지급의무가 없었음이 확인된 경우

7 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 보험수익자는 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제3항에서 정한 "치료비 보험금"에서 "선지급 치료비"를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다.

8 제7항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않은 경우 회사는 제6항에서 정한 "선지급 치료비" 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

9 회사는 제8항에 따라 "선지급 치료비" 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 "선지급 치료비" 및 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

10 제6항 및 제9항에 따라 "선지급 치료비"에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

11 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "선지급 치료비"를 청구할 수 없습니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.	

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(유사암제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(유사암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가"암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("암 주요치료Ⅳ"의 정의)

1 "암 주요치료Ⅳ"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

2 "암 주요치료Ⅳ"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
6. 제1호 내지 제5호 이외의 "암 주요치료Ⅳ"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

용 어 풀 이	호르몬 투여
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 치료나 신체 기능 유지 및 보충을 위해 호르몬을 투여하는 경우를 말하며, "항암호르몬약물치료"인 호르몬성 항암제(제7조(항암약물치료 등의 정의) 참조)와 구별됩니다. 예시) · 성장호르몬 투여 · 식욕부진 개선을 위한 호르몬합성유도체 · 갱년기 증상 완화 목적의 성호르몬 보충 · 미용 목적의 호르몬 사용, 내분비 기능 조절 목적의 호르몬 사용 등	

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

④ 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의

병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료 등의 정의)

1 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 제3항에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 제외한 치료를 말합니다.

3 "항암호르몬약물치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

용 어 풀 이	호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물	

4 제3항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제3항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제3항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제3항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제8조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암(유사암제외)"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표21】 참조)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

유 의 사 항	입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2024년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. "선지급 치료비"를 청구하는 경우 진단서, 치료예약 확인서, 진료기록부 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

2 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 제출서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제11조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회

보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

135. 유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)
135. 유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "암주요치료Ⅳ"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일 부터 1년미만	보험계약일 부터 1년이상	
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한			
항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)	연간1회한			
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 25%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암주요치료Ⅳ"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, "치료비 보험금"의 50%를 "선

지급 치료비"로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 "선지급 치료비"는 500만원을 한도로 하며 "종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "암주요치료Ⅳ" 중 "중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암주요치료Ⅳ"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산
· 보험가입금액 : 100만원 · 유사암 진단 및 치료예약 - 가입 후 2년 뒤 갑상선암(C73) 진단 및 종합병원에서 수술치료 예약 후 선지급 치료비 청구 · 치료비 보험금 : 100만원(보험가입금액의 100%) **· 선지급 치료비 : 50만원(치료비 보험금의 50%)**	

4 "선지급 치료비"를 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 지급한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

5 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 "선지급 치료비"와 변경된 예약내용에 따라 계산된 "선지급 치료비"의 차액을 정산합니다.

6 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 피보험자가 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 또한, 이미 지급된 "선지급 치료비" 및 이자를 회사에 반환하여야 합니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암주요치료Ⅳ"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 종합병원 이외의 병원에서 치료한 경우
5. 제1호 내지 제4호 이외에 회사의 보험금 지급의무가 없었음이 확인된 경우

7 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 보험수익자는 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제3항에서 정한 "치료비 보험금"에서 "선지급 치료비"를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다.

8 제7항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않은 경우 회사는 제6항에서 정한 "선지급 치료비" 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

9 회사는 제8항에 따라 "선지급 치료비" 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 "선지급 치료비" 및 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

10 제6항 및 제9항에 따라 "선지급 치료비"에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

11 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "선지급 치료비"를 청구할 수 없습니다.

제3조("기타피부암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.	

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

3 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표8】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표9】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

5 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "

기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

- 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("암 주요치료Ⅳ"의 정의)

① "암 주요치료Ⅳ"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
4. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② "암 주요치료Ⅳ"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
6. 제1호 내지 제5호 이외의 "암 주요치료Ⅳ"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

용 어 풀 이	호르몬 투여
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 치료나 신체 기능 유지 및 보충을 위해 호르몬을 투여하는 경우를 말하며, "항암호르몬약물치료"인 호르몬성 항암제(제7조(항암약물치료 등의 정의) 참조)와 구별됩니다. 예시) · 성장호르몬 투여 · 식욕부진 개선을 위한 호르몬합성유도체 · 갱년기 증상 완화 목적의 성호르몬 보충 · 미용 목적의 호르몬 사용, 내분비 기능 조절 목적의 호르몬 사용 등	

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료 등의 정의)

1 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 제3항에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 제외한 치료를 말합니다.

3 "항암호르몬약물치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

용 어 풀 이	호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물	

4 제3항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제3항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제3항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제3항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제8조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표2

1】 참조)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

유 의 사 항	입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2024년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. "선지급 치료비"를 청구하는 경우 진단서, 치료예약 확인서, 진료기록부 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 포

함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 제출서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

136. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)

136. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

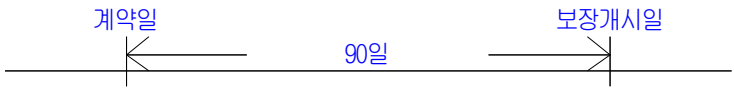
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "암주요치료III"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일 부터 1년미만	보험계약일 부터 1년이상	
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한			
항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)	연간1회한			
항암호르몬약물치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 15%	이 특별약관의 보험가입금액 30%	이 특별약관의 보험가입금액 30%
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 25%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암주요치료비"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, "치료비 보험금"의 50%를 "선지급 치료비"로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 "선지급 치료비"는 500만원을 한도로 하며 "종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "암주요치료비" 중 "중환자실치료"는 선지급

치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암주요치료III"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산
· 보험가입금액 : 500만원 · 암 진단 및 치료예약 - 가입 후 2년 뒤 간암(C22) 진단 및 종합병원에서 수술치료 예약 후 선지급 치료비 청구 · 치료비 보험금 : 500만원(보험가입금액의 100%) **· 선지급 치료비 : 250만원(치료비 보험금의 50%)**	

4 "선지급 치료비"를 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 지급한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

5 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 "선지급 치료비"와 변경된 예약내용에 따라 계산된 "선지급 치료비"의 차액을 정산합니다.

6 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 피보험자가 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 또한, 이미 지급된 "선지급 치료비" 및 이자를 회사에 반환하여야 합니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암주요치료III"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 종합병원 이외의 병원에서 치료한 경우
5. 제1호 내지 제4호 이외에 회사의 보험금 지급의무가 없었음이 확인된 경우

7 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 보험수익자는 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제3항에서 정한 "치료비 보험금"에서 "선지급 치료비"를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다.

8 제7항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않은 경우 회사는 제6항에서 정한 "선지급 치료비" 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

9 회사는 제8항에 따라 "선지급 치료비" 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 "선지급 치료비" 및 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

10 제6항 및 제9항에 따라 "선지급 치료비"에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

11 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "선지급 치료비"를 청구할 수 없습니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암(유사암제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(유사암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가"암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가

있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("암 주요치료III"의 정의)

1 "암 주요치료III"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

2 "암 주요치료III"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
6. 제1호 내지 제5호 이외의 "암 주요치료III"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

용 어 풀 이	호르몬 투여

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 치료나 신체 기능 유지 및 보충을 위해 호르몬을 투여하는 경우를 말하며, "항암호르몬약물치료"인 호르몬성 항암제(제7조(항암약물치료 등의 정의) 참조)와 구별됩니다.

예시)

· 성장호르몬 투여
· 식욕부진 개선을 위한 호르몬합성유도체
· 갱년기 증상 완화 목적의 성호르몬 보충
· 미용 목적의 호르몬 사용, 내분비 기능 조절 목적의 호르몬 사용 등

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허

를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(제외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료 등의 정의)

1 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 제3항에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 제외한 치료를 말합니다.

3 "항암호르몬약물치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

용 어 풀 이	호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물	

4 제3항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제3항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제3항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제3항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제8조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암(유사암제외)"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표21】 참조)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

유 의 사 항	입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미 · 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함 · 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2024년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.	

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. "선지급 치료비"를 청구하는 경우 진단서, 치료예약 확인서, 진료기록부 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

2 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 제출서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제11조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개

시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

137. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)
(항암호르몬약물치료 일부지급형)
137. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)
(항암호르몬약물치료 일부지급형)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "암주요치료III"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일 부터 1년미만	보험계약일 부터 1년이상	
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한			
항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)	연간1회한			
항암호르몬약물치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 15%	이 특별약관의 보험가입금액 30%	이 특별약관의 보험가입금액 30%
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 25%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암주요치료III"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, "치료비 보험금"의 50%를 "선지급 치료비"로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 "선지급 치료비"는 500만원을 한도로 하며 "종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "암주요치료III" 중 "중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암주요치료III"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산

· 보험가입금액 : 100만원
· 유사암 진단 및 치료예약
  - 가입 후 2년 뒤 갑상선암(C73) 진단 및 종합병원에서 수술치료 예약 후 선지급 치료비 청구
· 치료비 보험금 : 100만원(보험가입금액의 100%)
· 선지급 치료비 : 50만원(치료비 보험금의 50%)

4 "선지급 치료비"를 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 지급한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

5 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 "선지급 치료비"와 변경된 예약내용에 따라 계산된 "선지급 치료비"의 차액을 정산합니다.

6 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 피보험자가 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 또한, 이미 지급된 "선지급 치료비" 및 이자를 회사에 반환하여야 합니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암주요치료III"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 종합병원 이외의 병원에서 치료한 경우
5. 제1호 내지 제4호 이외에 회사의 보험금 지급의무가 없었음이 확인된 경우

7 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 보험수익자는 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제3항에서 정한 "치료비 보험금"에서 "선지급 치료비"를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다.

8 제7항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않은 경우 회사는 제6항에서 정한 "선지급 치료비" 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

9 회사는 제8항에 따라 "선지급 치료비" 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 "선지급 치료비" 및 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

10 제6항 및 제9항에 따라 "선지급 치료비"에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

11 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "선지급 치료비"를 청구할 수 없습니다.

제3조("기타피부암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

3 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 【별표8】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표9】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

5 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("암 주요치료Ⅲ"의 정의)

1 "암 주요치료Ⅲ"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
4. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
5. "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

2 "암 주요치료Ⅲ"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
6. 제1호 내지 제5호 이외의 "암 주요치료Ⅲ"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

용 어 풀 이	호르몬 투여

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 치료나 신체 기능 유지 및 보충을 위해 호르몬을 투여하는 경우를 말하며, "항암호르몬약물치료"인 호르몬성 항암제(제7조(항암약물치료 등의 정의) 참조)와 구별됩니다.

예시)

· 성장호르몬 투여
· 식욕부진 개선을 위한 호르몬합성유도체
· 갱년기 증상 완화 목적의 성호르몬 보충
· 미용 목적의 호르몬 사용, 내분비 기능 조절 목적의 호르몬 사용 등

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료 등의 정의)

1 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료"

중에서 제3항에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 제외한 치료를 말합니다.

3 "항암호르몬약물치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

용 어 풀 이	호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물	

4 제3항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제3항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제3항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제3항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제8조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표21】 참조)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

유 의 사 항	입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미 · 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함 · 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2024년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.	

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. "선지급 치료비"를 청구하는 경우 진단서, 치료예약 확인서, 진료기록부 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

2 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 제출서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

138. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (종합병원)

138. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (종합병원)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

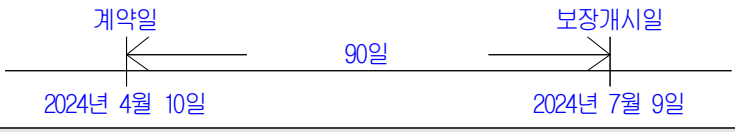
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암 보장개시일이라 합니다) 이후에 "치료구분별 대상질병"으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료III"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급 방식	지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일 부터 1년미만	보험계약일 부터 1년이상	
비급여(전액본인부담 포함) 암수술 (기타피부암및갑상선암제외)	수술 1회당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간 1회한			
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간 1회한			
비급여(전액본인부담 포함) 암수술 (기타피부암및갑상선암)	수술 1회당	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 20%	이 특별약관의 보험가입금액 20%
비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간 1회한			
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료 (기타피부암및갑상선암)	연간 1회한			

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제1항의 "치료구분별 대상질병"이란 아래의 질병을 말합니다.

치 료 구 분	대상질병
비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암제외)	암(기타피부암및갑상선암제외)
비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암제외)	
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암제외)	
비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	

4 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "치료구분별 대상질병"으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료III"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, "치료비 보험금"의 50%를 "선지급 치료비"로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 "선지급 치료비"는 500만원을 한도로 하며 "종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료III"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산

· 보험가입금액 : 500만원
· 암 진단 및 치료예약
  - 가입 후 2년 뒤 간암(C22) 진단 및 종합병원에서 비급여(전액본인부담 포함) 암수술 예약 후 선지급 치료비 청구
· 치료비 보험금 : 500만원(보험가입금액의 100%)
· 선지급 치료비 : 250만원(치료비 보험금의 50%)

4 "선지급 치료비"를 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 지급한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

5 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 "선지급 치료비"와 변경된 예약내용에 따라 계산된 "선지급 치료비"의 차액을 정산합니다.

6 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 피보험자가 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 또한, 이미 지급된 "선지급 치료비" 및 이자를 회사에 반환하여야 합니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료III"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 종합병원 이외의 병원에서 치료한 경우
5. 제1호 내지 제4호 이외에 회사의 보험금 지급의무가 없었음이 확인된 경우

7 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 보험수익자는 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제3항에서 정한 "치료비 보험금"에서 "선지급 치료비"를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다.

8 제7항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않은 경우 회사는 제6항에서 정한 "선지급 치료비" 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

9 회사는 제8항에 따라 "선지급 치료비" 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 "선지급 치료비" 및 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

10 제6항 및 제9항에 따라 "선지급 치료비"에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

11 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이

전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "선지급 치료비"를 청구할 수 없습니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.	

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암및갑상선암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 "암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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("비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료Ⅲ"의 정의)

1 "비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료Ⅲ"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
2. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우
4. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
5. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우

2 제1항에서 "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 비급여항목 포함)을 말합니다.

3 제1항에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 비용 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

4 제1항 제1호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항의 "비급여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

5 제1항 제2호 및 제5호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항의 "비급여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

6 제1항 제3호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"는 항암

약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항의 "비급여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

7 "비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료III"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
6. 제1호 내지 제5호 이외의 "비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료III"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

제5조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에

는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제7조(항암방사선치료의 정의)
"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제8조(항암약물치료의 정의)
"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제9조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 치료확인서, 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. "선지급 치료비"를 청구하는 경우 진단서, 치료예약 확인서, 진료기록부 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 제출서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제10조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

139. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (종합병원)

139. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus

(종합병원)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

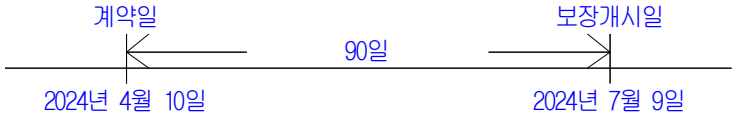
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암 보장개시일이라 합니다) 이후에 "치료구분별 대상질병"으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급 방식	지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일 부터 1년미만	보험계약일 부터 1년이상	
비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암제외)	수술 1회당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암)	수술 1회당	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 20%	이 특별약관의 보험가입금액 20%
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간 1회한	이 특별약관의 보험가입금액 150%	이 특별약관의 보험가입금액 300%	이 특별약관의 보험가입금액 300%
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간 1회한			
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간 1회한			
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간 1회한	이 특별약관의 보험가입금액 30%	이 특별약관의 보험가입금액 60%	이 특별약관의 보험가입금액 60%
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간 1회한			
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간 1회한			

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제1항의 "치료구분별 대상질병"이란 아래의 질병을 말합니다.

치 료 구 분	대상질병
비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	암(갑상선암및전립선암 제외)
비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	갑상선암 및 전립선암
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	암(기타피부암및갑상선암제외)
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	

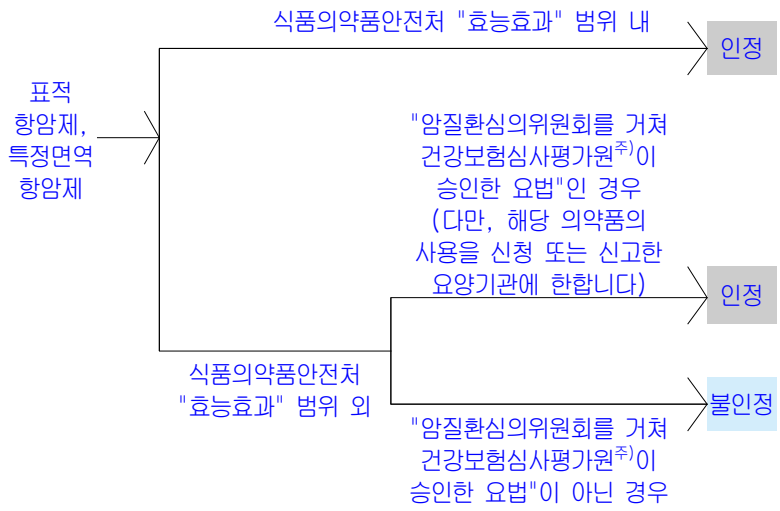
4 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료는 각각 "표적항암제" 또는 "특정면역항암제"가 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 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

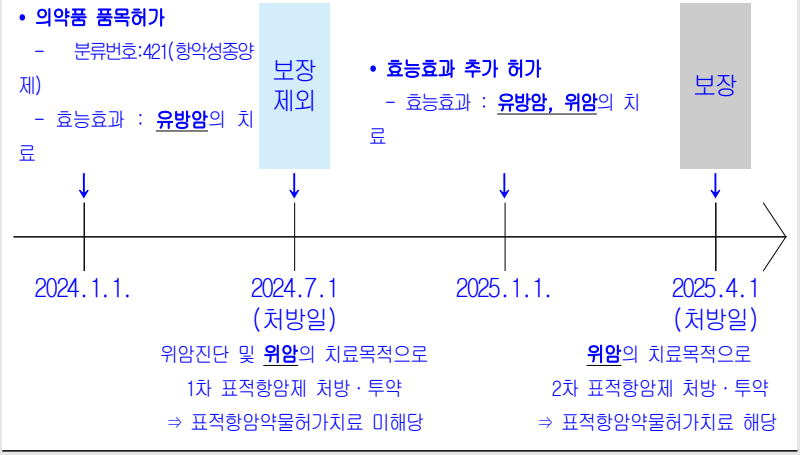
용 어 풀 이	표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



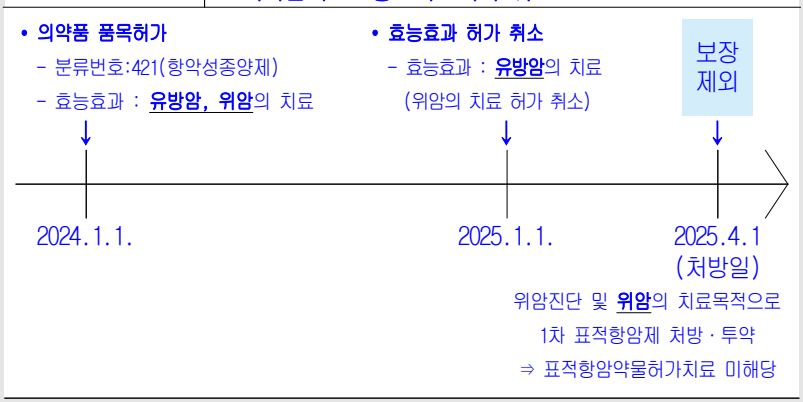
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

2 제4조("비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"의 정의)의 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "비급여" 또는 "전액본인부담"에 해당되는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
다만, 제7조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

용 어 풀 이 | **"안전성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 "효능효과" 추가 허가**



용 어 풀 이 | **"안전성과 유효성 인정 범위" 변경(삭제) 예시 : 의약품의 "효능효과" 허가 취소**



3 제4조("비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"의 정의)의 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "비급여" 또는 "전액본인부담"에 해당되는 "특정면역항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
다만, 제8조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소

속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후 "치료구분별 대상질병"으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제13조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, "치료비 보험금"의 50%를 "선지급 치료비"로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 "선지급 치료비"는 500만원을 한도로 하며 "종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산
· 보험가입금액 : 500만원 · 암 진단 및 치료예약 - 가입 후 2년 뒤 간암(C22) 진단 및 종합병원에서 비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 예약 후 선지급 치료비 청구 · 치료비 보험금 : 500만원(보험가입금액의 100%) **· 선지급 치료비 : 250만원(치료비 보험금의 50%)**	

4 "선지급 치료비"를 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 지급한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

5 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 "선지급 치료비"와 변경된 예약내용에 따라 계산된 "선지급 치료비"의 차액을 정산합니다.

6 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 피보험자가 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 또한, 이미 지급된 "선지급 치료비" 및 이자를 회사에 반환하여야 합니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 종합병원 이외의 병원에서 치료한 경우
5. 제1호 내지 제4호 이외에 회사의 보험금 지급의무가 없었음이 확인된 경우

7 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 보험수익자는 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제3항에서 정한 "치료비 보험금"에서 "선지급 치료비"를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다.

8 제7항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않은 경우 회사는 제6항에서 정한 "선지급 치료비" 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

9 회사는 제8항에 따라 "선지급 치료비" 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 "선지급 치료비" 및 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

10 제6항 및 제9항에 따라 "선지급 치료비"에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

11 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "선지급 치료비"를 청구할 수 없습니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표7】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "갑상선암", 제4항에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병

을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암및갑상선암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제6항에서 정한 "기타피부암", 제3항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

7 "암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

- 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("비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"의 정의)

1 "비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(갑상선암및전립선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"을 받은 경우
2. "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"을 받은 경우
3. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
4. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
5. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인

부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
7. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
8. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우

2 제1항에서 "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 비급여항목 포함)을 말합니다.

3 제1항에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 비용 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

4 제1항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"은 제6조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 "다빈치로봇 암수술" 중 제2항의 "비급여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

5 제1항 제3호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"는 제7조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중 제2항의 "비급여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

6 제1항 제4호 및 제7호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 제8조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "특정면역항암약물허가치료" 중 제2항의 "비급여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

7 제1항 제5호 및 제8호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"는 제9조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 "항암양성자방사선치료" 중 제2항의 "비급여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

8 "비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
7. 제1호 내지 제6호 이외의 "비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

제5조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제6조(다빈치로봇 암수술의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇 암수술"이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 중 아래의 "수가코드"에 해당하는 수술을 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
로봇 보조 수술	QZ966

용 어 풀 이	다빈치로봇 암수술

다빈치로봇 암수술이란 암의 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 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇 암수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제7조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따

라 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.

용 어 풀 이	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.	

용 어 풀 이	표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 2월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표20-1】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제12조(항암약물치료의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 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 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용 어 풀 이	암질환심의위원회(중증질환심의위원회)
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.	

용 어 풀 이	"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 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 "표적항암제"의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "특정면역항암제"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, 키메라항원수용체T세포) 항암치료제

용 어 풀 이	면역관문억제제

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.

용 어 풀 이	항체약물중합체 항암치료제

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의 항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

용 어 풀 이	카티 항암치료제

카티 항암치료제란 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.

용 어 풀 이	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.

용 어 풀 이	특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 2월 기준 특정면역항암제치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표20-3】(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정면역항암약물허가치료"라 함은 제12조(항암약물치료의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 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 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용 어 풀 이	암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용 어 풀 이	"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 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 "특정면역항암제"의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "특정면역항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제9조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제11조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 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.

용 어 풀 이	항암양성자방사선치료

항암양성자방사선치료는 항암방사선치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 항암양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

제10조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터

안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제11조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제12조(항암약물치료의 정의)

"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제13조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   (단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 건강보험심사평가원 진

료수가코드(EDI), 질병분류번호를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

가. "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서를 포함하여 제출하여야 합니다.

나. "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"의 경우 항암방사선치료기록지를 포함하여 제출하여야 합니다.

3. "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"의 경우 표적항암약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용의 경우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부

ㅁ. 급여 적용 여부

ㅂ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"의 경우 특정면역항암약물허가치료 증명서

가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용의 경우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부

ㅁ. 급여 적용 여부

ㅂ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

5. "선지급 치료비"를 청구하는 경우 진단서, 치료예약 확인서, 진료기록부 등

6. 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)

7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 제출서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제14조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제15조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제17조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

140. 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)
140. 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

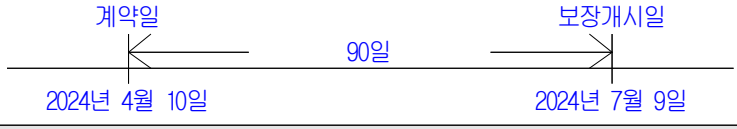
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 전이암Ⅱ에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "전이암Ⅱ"으로 진단확정되고 그 "전이암Ⅱ"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "암주요치료"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일 부터 1년미만	보험계약일 부터 1년이상	
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
항암방사선치료	연간1회한			
항암약물치료	연간1회한	50%	100%	100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "전이암Ⅱ"으로 진단확정되고 그 "전이암Ⅱ"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암주요치료"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제9조(보험금의 청구)에

서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우, "치료비 보험금"의 50%를 "선지급 치료비"로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 "선지급 치료비"는 500만원을 한도로 하며 "종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암주요치료"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산
· 보험가입금액 : 500만원 · 암 진단 및 치료예약 - 가입 후 2년 뒤 폐전이암(C78.0) 진단 및 종합병원에서 수술치료 예약 후 선지급 치료비 청구 · 치료비 보험금 : 500만원(보험가입금액의 100%) **· 선지급 치료비 : 250만원(치료비 보험금의 50%)**	

4 "선지급 치료비"를 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 지급횟수 및 연간 지급한도는 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

5 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 "선지급 치료비"와 변경된 예약내용에 따라 계산된 "선지급 치료비"의 차액을 정산합니다.

6 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 이후 피보험자가 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 또한, 이미 지급된 "선지급 치료비" 및 이자를 회사에 반환하여야 합니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암주요치료"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 종합병원 이외의 병원에서 치료한 경우
5. 제1호 내지 제4호 이외에 회사의 보험금 지급의무가 없었음이 확인된 경우

7 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 보험수익자는 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제3항에서 정한 "치료비 보험금"에서 "선지급 치료비"를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다.

8 제7항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않은 경우 회사는 제6항에서 정한 "선지급 치료비" 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

9 회사는 제8항에 따라 "선지급 치료비" 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 "선지급 치료비" 및 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다. 이자는 "선지급 치료비" 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

10 제6항 및 제9항에 따라 "선지급 치료비"에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

11 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "선지급 치료비"를 청구할 수 없습니다.

제3조("전이암II"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암II"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암 및 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표94】(전이암II 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

2 "전이암II"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "전이암II"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "전이암II"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

- 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("암 주요치료"의 정의)

1 "암 주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "전이암II"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "전이암II"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "전이암II"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우

2 "암 주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료

3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제
5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품
6. 제1호 내지 제5호 이외의 "암 주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)
8. 항암방사선치료, 항암약물치료

4 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(항암방사선치료의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

"항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원" 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

관 련 법 규	의료법 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 제1항 제2호 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.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제9조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. "선지급 치료비"를 청구하는 경우 진단서, 치료예약 확인서, 진료기록부 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

2 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 제출서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제10조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "전이암II"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

특별약관

제3장 상해 및 질병 관련 특별약관

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01) 약관



제3장 상해 및 질병 관련 특별약관

1. 깁스치료비
1. 깁스치료비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우 이 특별약관 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 깁스치료비는 같은 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(깁스(Cast)치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "깁스(Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

2 제1항의 "부목(Splint Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

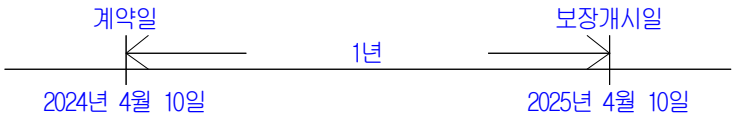
2. 경증이상치매진단비
2. 경증이상치매진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 경증이상치매상태에 대한 보장개시일(이하 경증이상치매보장개시일이라 합니다) 이후에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 경증이상치매상태로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 경증이상치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 경증이상치매보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 다음날로 합니다. 다만, 상해를 원인으로 하는 경증이상치매상태의 경우 경증이상치매보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	경증이상치매상태의 보장개시일



※ 단, 경증이상치매상태의 원인이 상해인 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 경증이상치매 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 제3조(경증이상치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 경증이상치매보장개시일 이후에 치매로 진단 및 CDR 1점 이상에 해당하는 상태가 발생한 상황에서 보험기간이 만료되더라도, 보험기간 중 경증이상치매보장개시일 이후에 치매로 진단 및 CDR 1점이상 상태가 발생한 시점부터 그 상태가 90일 이상 계속되어 "경증이상치매상태"로 진단 확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 경증이상치매진단비를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(경증이상치매상태의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "경증이상치매상태"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "경증이상 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

2 제1항에서 정한 "경증이상 인지기능의 장애"라 함은 경증이상치매보장개시일 이후 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

용 어 풀 이	CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)
CDR척도는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.	

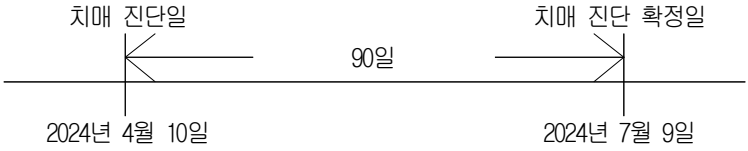
다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 경과하기 전이라도 "경증이상치매상태"로 최종진단 확정될 수 있습니다.

3 "경증이상치매상태"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

또한, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 "경증이상치매상태"가 계속 지속되었음을 확인함으로써 "경증이상치매상태"로 진단 확정됩니다.

예 시	치매의 진단 확정



4 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증(조현병)이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의

장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 경증이상치매진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제40조(적용대상)은 제외합니다.

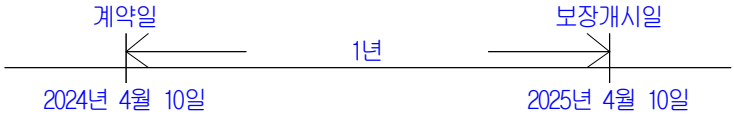
3. 중등도이상치매진단비
3. 중등도이상치매진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 중등도이상치매상태에 대한 보장개시일(이하 중등도이상치매 보장개시일이라 합니다) 이후에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 중등도이상치매상태로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중등도이상치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 중등도이상치매보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 다음날로 합니다. 다만, 상해를 원인으로 하는 중등도이상치매상태의 경우 중등도이상치매보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	중등도이상치매상태의 보장개시일



※ 단, 중등도이상치매상태의 원인이 상해인 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 중등도이상치매 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 제3조(중등도이상치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 중등도이상치매보장개시일 이후에 치매로 진단 및 CDR 2점 이상에 해당하는 상태가 발생한 상황에서 보험기간이 만료되더라도, 보험기간 중 중등도이상치매보장개시일 이후에 치매로 진단 및 CDR 2점이상 상태가 발생한 시점부터 그 상태가 90일 이상 계속되어 "중등도이상치매상태"로 진단 확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중등도이상치매진단비를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중등도이상치매상태의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중등도이상치매상태"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "중등도이상 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

2 제1항에서 정한 "중등도이상 인지기능의 장애"라 함은 중등도이상치매보장개시일 이후 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

용 어 풀 이	CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)
CDR척도는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.	

다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진

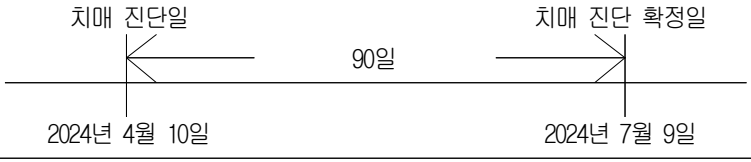
단일부터 90일이 경과하기 전이라도 "중등도이상치매상태"로 최종진단 확정될 수 있습니다.

3 "중등도이상치매상태"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

또한, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 "중등도이상치매상태"가 계속 지속되었음을 확인함으로써 "중등도이상치매상태"로 진단 확정됩니다.

예 시	치매의 진단 확정



4 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증(조현병)이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상치매진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회

복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제40조(적용대상)은 제외합니다.

4. 중증치매진단비
4. 중증치매진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 중증치매상태로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 회사는 제3조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 및 CDR 3점 이상에 해당하는 상태가 발생한 상황에서 보험기간이 만료되더라도, 보험기간 중 치매로 진단 및 CDR 3점이상 상태가 발생한 시점부터 그 상태가 90일 이상 계속되어 "중증치매상태"로 진단 확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증치매진단비를 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "중증치매상태"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "중증 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.
1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

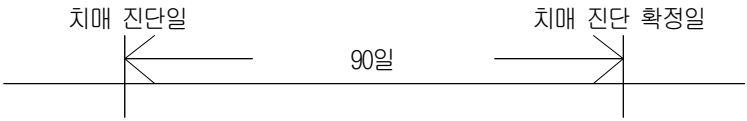
2 제1항에서 정한 "중증 인지기능의 장애"라 함은 보험기간 중 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

용 어 풀 이	CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)
CDR척도는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.	

다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 경과하기 전이라도 "중증치매상태"로 최종진단 확정될 수 있습니다.

3 "중증치매상태"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.
또한, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 "중증치매상태"가 계속 지속되었음을 확인함으로써 "중증치매상태"로 진단 확정됩니다.

예 시	치매의 진단 확정



4 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증(조현병)이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약

관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제40조(적용대상)은 제외합니다.

5. 신인공관절치환수술비(최초1회한)
5. 신인공관절치환수술비(최초1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 인공관절치환수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 최초1회에 한하여 신인공관절치환수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 피보험자의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 항목으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 선천기형,변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
2. 정신 및 행동 장애(F00-F99)
3. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)

제4조(인공관절치환수술의 정의)
1 이 특별약관에 있어서 "인공관절치환수술"이라 함은 고관절(엉덩이 관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)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 관절의 전부 또는 일부를 치환하여 줌으로써 원래의 관절기

능을 회복시켜주는 수술을 말합니다.

2 제1항의 "인공관절치환수술"에서 관절을 성형하는 수술 및 처치 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 신인공관절치환수술비(최초1회한)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

6. 응급실내원비(응급)
6. 응급실내원비(응급)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "응급환자"에 해당되어 "응급실"에 내원하여 진료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 내원 1회당 응급실내원비(응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 피보험자가 응급실 도착 전 사망하거나 외부에서 의료기관을 옮겨 응급실에 내원한 환자인 경우에도 보장합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(응급실, 응급환자의 정의)
1 "응급실"이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고 된 응급실을 말합니다.

관 련 법 규	응급의료에 관한 법률

· 응급의료에 관한 법률 제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
5. "응급의료기관"이란 "의료법" 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

· 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)
이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

2 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 "응급증상 및 이에 준하는 증상" 또

는 "응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상"이 있는 자를 말합니다.

관 련 법 규	응급의료에 관한 법률 시행규칙

· 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)

"응급의료에 관한 법률"(이하 "법"이라 한다) 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

용 어 풀 이	응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토 · 의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상

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

용 어 풀 이	응급증상 및 이에 준하는 증상

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

7. 양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려진 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 "양전자 단층촬영(PET) 검사 지원비"로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
양전자단층촬영(PET) 검사지원비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 양전자방출단층촬영 PET "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	양전자방출단층촬영
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법	

2 제1항의 "양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"는 "의사"에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수

기재), 진단서, 진료비계산서 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

8. 5대장기이식수술비
8. 5대장기이식수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("5대장기이식수술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "5대장기이식수술"이라 함은 "장기 등 이식에 관한 법률"에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "5대장기"란 간장, 신장, 심장, 췌장 및 폐장을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

9. 각막이식수술비
9. 각막이식수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 장기수혜자로서 각막이식수술을 받았을 때 이 특별약관 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 각막이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("각막이식수술"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "각막이식수술"이라 함은 "장기 등 이식에 관한 법률"에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避姙) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 및 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

10. 골다공증진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 골다공증으로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 골다공증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
골다공증진단비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(골다공증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "골다공증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(골다공증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "골다공증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표77】(골다공증 분류표)에서 정한 질병 중 골다공증진단방법을 기준으로 하여 이중에너지 방사선 흡수계측법(dual energy X-ray absorptionmetry, DXA)을 이용하여 측정한 T값(T-score)이 -2.5이하인 경우를 말합니다.

2 골다공증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 표준적인 의학적 골다공증진단방법(요추, 대퇴골 경부, 대퇴골 전체를 측정하고 가장 낮은 T값으로 진단하는 방법)을 기준으로 하여 내려져야 하며, 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.

3 제1항 및 제2항의 이중에너지 방사선 흡수계측법이 더 이상 골다공증진단방법으로 사용되지 않고, 국내 의학계에서 인정되는 골다공증진단방법이 변경될 경우에는 그 방법에 따릅니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 골다공증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)은 제외합니다.

특별약관

제4장 간병 관련 특별약관

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01) 약관



제4장 간병 관련 특별약관

1. 장기요양간병비(1급)

1. 장기요양간병비(1급)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양간병비(1급)로 지급합니다

2 제1항의 "노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우"라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 "1등급"의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항의 판정기준은 "노인장기요양보험법" 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 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 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.

4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양간병비(1급)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(지정대리청구의 적용대상)

이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제7조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 계약체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 2인이내에서 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)을 지정할 수 있으며, 2인을 지정대리청구인으로 지정시 대표대리인을 지정해야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당해야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내 의 친족

2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제6조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제8조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하

여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 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)

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차)

1 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제6조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제40조(적용대상)은 제외합니다.

2. 장기요양간병비(1~2급)

2. 장기요양간병비(1~2급)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양간병비(1~2급)로 지급합니다.

2 제1항의 "노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우"라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 "1등급 또는 2등급"의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항의 판정기준은 "노인장기요양보험법" 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 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 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.

4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양간병비(1~2급)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(지정대리청구의 적용대상)

이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제7조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 계약체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 2인이내에서 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)을 지정할 수 있으며, 2인을 지정대리청구인으로 지정시 대표대리인을 지정해야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당해야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내 의 친족

2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제6조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제8조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 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)

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차)

1 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제6조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제40조(적용대상)은 제외합니다.

3. 장기요양간병비(1~3급)
3. 장기요양간병비(1~3급)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양간병비(1~3급)로 지급합니다.

2 제1항의 "노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우"라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 "1등급, 2등급 또는 3등급"의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항의 판정기준은 "노인장기요양보험법" 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 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 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.

4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양간병비(1~3급)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(지정대리청구의 적용대상)

이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제7조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 계약체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 2인이내에서 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)을 지정할 수 있으며, 2인을 지정대리청구인으로 지정시 대표대리인을 지정해야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당해야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내 의 친족

2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제6조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제8조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 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)

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차)

1 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제6조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제40조(적용대상)은 제외합니다.

4. 장기요양간병비(1~4급)
4. 장기요양간병비(1~4급)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양간병비(1~4급)로 지급합니다.
2 제1항의 "노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우"라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 "1등급, 2등급, 3등급 또는 4등급"의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항의 판정기준은 "노인장기요양보험법" 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 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 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.

4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양간병비(1~4급)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(지정대리청구의 적용대상)

이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제7조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 계약체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 2인이내에서 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)을 지정할 수 있으며, 2인을 지정대리청구인으로 지정시 대표대리인을 지정해야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당해야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내 의 친족

2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제6조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제8조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 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)

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차)

1 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제6조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제40조(적용대상)은 제외합니다.

특별약관

제5장 비용손해 관련 특별약관

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01) 약관



제5장 비용손해 관련 특별약관

비용손해 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

1. 의료사고법률비용
1. 의료사고법률비용【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등. 한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상합니다.
3 제1항의 "의료사고"라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 계약자나 피보험자의 고의
2. 보험증권에 기재된 피보험자에게 보험계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
3. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 분담)
1 회사는 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 이 계약에 의

한 보상책임액에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다.

2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

용 어 풀 이	공제계약
유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국, 신협, 새마을금고 등이 공제계약을 취급합니다.	

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸)는 제외합니다.

특별약관

제6장 배상책임 관련 특별약관

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01) 약관



제6장 배상책임 관련 특별약관

배상책임 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(보험금의 청구)
피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
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. 배상책임의 경우 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제3조(보험금의 지급절차)
① 회사는 제2조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 접수 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
③ 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 "지급기일"이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표2】 참조)"에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 피보험자가 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제4조(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 위한 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 각 특별약관에서 정한 보상하는 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 따라 증가된 손해

제5조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

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 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 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.

제6조(보험금 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 피보험자)는 회사의 사업방법서에서 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 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제7조(주소변경통지)

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 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는

피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제8조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)합니다.

관 련 법 규	상법

· 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 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

· 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제9조(계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 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 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.

3 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제10조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제9조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

2 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초 계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제37조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

5 제4항에도 불구하고 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

7 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(각 특별약관의 보장)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

용 어 풀 이	해지
현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것	

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 이미 납입한 보험료를 계약자에게

돌려드립니다.

제12조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

2 회사는 보험의 목적 및 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료(이하"제1회 보험료 등"이라 합니다)를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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

제13조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 의무보험 계약. 단, 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에는 철회할 수 있습니다.
2. 보험기간이 90일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

용 어 풀 이	

· **전문금융소비자**
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 "금융소비자보호에 관한 법률" 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

· **일반금융소비자**
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

관 련 법 규	금융소비자보호에 관한 법률

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

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

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 경우 45일)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 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 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.

3 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자, 피보험자가 동일한 계약은 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

용 어 풀 이	통신판매계약
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.	

용 어 풀 이	자필서명
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.	

관 련 법 규	전자서명법 제2조(정의)
"전자서명" 이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실	

용 어 풀 이	약관의 중요한 내용
금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무)등에서 정한 다음의 내용을 말합니다. · 위험보장사항 및 각각의 보험료 · 청약의 철회에 관한 사항(기한·행사방법·효과 등) · 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건 · 고지의무 및 통지의무 위반의 효과 · 계약의 취소 및 무효에 관한 사항 · 해약환급금에 관한 사항(납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실 포함) · 민원처리 및 분쟁조정절차에 관한 사항 · 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건 · 저축성 보험계약의 공시이율 · 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항 · 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항	

제15조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제16조(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.

용 어 풀 이	타인을 위한 계약
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.	

제17조(제1회 보험료 등 및 회사의 보장개시)

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

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

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제8조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제10조(알릴 의무 위반의 효과), 제11조(사기에 의한 계약), 제15조(특별약관의 무효), 제19조(특별약관의 해지) 및 각 특별약관의 "보상하지 않는 손해" 조항의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

용 어 풀 이	보장개시일
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료 등을 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료 등을 받은 경우에는 제1회 보험료 등을 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.	

제18조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 타인을 위한 계약의 경우 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 보통약관 제1절 일반조항 제22조(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 명의 변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부

터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

4 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

용 어 풀 이	

· 강제집행

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

· 담보권실행

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

용 어 풀 이	

· 국세 및 지방세 체납처분 절차

국세 및 지방세 체납처분 절차란 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. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제19조(특별약관의 해지)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항 및 제2항의 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.

제19조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는 "금융소비자보호에 관한 법률" 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.다만, 의무보험의 해지를 요구하려는 경우에는 동종의 다른 의무보험에 가입되어 있어야 합니다.

2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 반환하여 드립니다.

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

용 어 풀 이	

· **위법계약**

위법계약이라 함은 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

· **제척기간**

어떤 종류의 권리에 대하여 법률이 정하고 있는 존속 기간을 말하며, 이 기간이 지나면 권리가 소멸됩니다.

제20조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 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.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 보통약관 제1절 일반조항 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조(준용규정)

배상책임 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 배상책임 일반조항에서는 보통약관 제1절 일반조항 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(만기환급금의 지급), 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무), 제21조(계약의 무효), 제24조(계약의 소멸), 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)은 제외합니다.

1. 가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보상하는 손해의 범위)

1 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 배상책임 일반조항 제4조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해

의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 배상책임 일반조항 제4조(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. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

2 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하"피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하"배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

3 제2항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

관 련 법 규	민법
· 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자	

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 피보험자가 아래에 열거한 사고로 타인의 신체에 장해(이하 "대인사고"라 합니다) 또는 재물의 손해(이하 "대물사고"라 합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 "배상책임손해"라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 살고있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용, 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)에 인하는 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한합니다.

2 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

3 제3조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고 제2항에 따른 사유가 발생

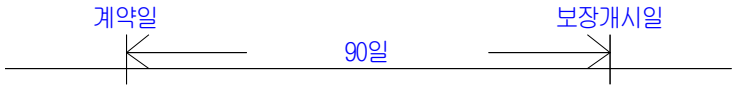
하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

4 제1항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

5 제1항의 경우 보장개시일은 다음과 같습니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

구분		보장개시일
최초의 계약	누수 이외의 사고	보험계약일
	누수 사고	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신된 계약		이 특별약관의 갱신일

예 시	누수 사고 보장개시일



6 제5항에도 불구하고 제13조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

1 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 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. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
6. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

부 가 설 명	
· **핵연료물질** : 사용된 연료를 포함합니다. · **핵연료물질에 의하여 오염된 물질** : 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.	

2 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상하여 드립니다.
7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것(자전거 등)은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
11. 폭력행위로 인한 배상책임

용 어 풀 이	차량
자동차관리법 및 도로교통법에서 정한 '자동차', '이륜자동차' 및 '원동기장치자전거'를 말합니다. ※ 세그웨이류, 전동킥보드, 전동이륜평행차 등은 자동차관리법에서 정한 '이륜자동차', 도로교통법에서 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다. 또한 도로교통법에서 정한 개인형이동장치(시속25킬로미터 미만의 속도제한 및 중량 30킬로그램 미만) 역시 원동기장치자전거에 해당됩니다.	

제4조(손해의 발생과 통지)

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, 사고

상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항의 제1호 및 제2호 "다"목 또는 "라"목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

1 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
1. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권에 기재된 보상한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다. 다만, 자기부담금은 누수사고와 누수이외의 사고에 따라 다를 수 있습니다.
2. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제2호의 "가"목, "나"목 또는 "마"목의 비용 : 비용의 전액을 보상
3. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제2호의 "다"목 또는 "라"목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험증권에 기재된 보상한도액 내에서 보상

2 하나의 사고를 원인으로 대인배상, 대물(누수사고)배상 및 대물(누수사고제외)배상 중 두가지 이상이 동시에 발생하는 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다.

3 제1항 제1호 및 제2항의 "누수사고"라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 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 않습니다.

제6조(의무보험과의 관계)

1 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 이 특별약관이 의무보험인 경우에는 그러하지 않으며, 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)을 따릅니다.

2 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로써 공제계약을 포함합니다.

3 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

제7조(보험금의 분담)

1 회사는 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 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 계약이 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 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

용 어 풀 이	공제계약
유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국, 신협, 새마을금고 등이 공제계약을 취급합니다.	

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

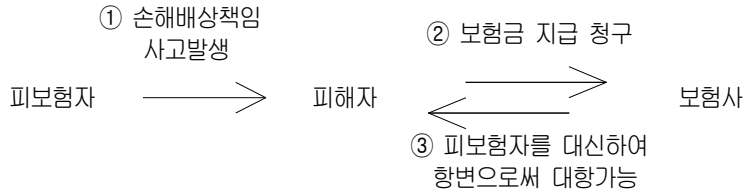
1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

2 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 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 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

4 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

예 시	손해배상청구에 대한 회사의 해결 예시



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

제9조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

1 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의 · 절충 · 중재 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.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 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.

부 가 설 명	보상책임을 지는 한도
동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.	

제10조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 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.

제11조(조사)

1 회사는 보험의 목적에 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.

제12조(특별약관의 소멸)

이 특별약관에서 규정하는 보상하는 손해가 추가로 발생할 수 없는 경우 이 특별약관은 소멸하며, 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자

에게 지급합니다.

제13조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 누수사고에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보상하는 손해) 제5항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 배상책임 일반조항을 따릅니다.

2. 가족일상생활중배상책임Ⅳ(누수사고 제외)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보상하는 손해의 범위)

1 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   - 가. 피보험자가 배상책임 일반조항 제4조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   - 나. 피보험자가 배상책임 일반조항 제4조(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. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

2 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하"피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하"배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

3 제2항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

관 련 법 규	민법
· 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자	

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 아래에 열거한 사고로 타인의 신체에 장해(이하 "대인사고"라 합니다) 또는 재물의 손해(이하 "대물사고"라 합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 "배상책임손해"라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 살고있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용, 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)에 인하는 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한합니다.

2 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

3 제3조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

4 제1항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

1 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 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. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
6. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

부 가 설 명	

- **핵연료물질** : 사용된 연료를 포함합니다.
- **핵연료물질에 의하여 오염된 물질** : 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

2 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상하여 드립니다.
7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것(자전거 등)은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여

드립니다.
11. 폭력행위로 인한 배상책임
12. 피보험자가 누수사고로 인하여 재물손해로 생긴 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해

용 어 풀 이	차량
자동차관리법 및 도로교통법에서 정한 '자동차', '이륜자동차' 및 '원동기장치자전거'를 말합니다. ※ 세그웨이류, 전동킥보드, 전동이륜평행차 등은 자동차관리법에서 정한 '이륜자동차', 도로교통법에서 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다. 또한 도로교통법에서 정한 개인형이동장치(시속25킬로미터 미만의 속도제한 및 중량 30킬로그램 미만) 역시 원동기장치자전거에 해당됩니다.	

제4조(손해의 발생과 통지)

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 제기 받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항의 제1호 및 제2호 "다"목 또는 "라"목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

1 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
1. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권에 기재된 보상한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제2호의 "가"목, "나"목 또는 "마"목의 비용 : 비용의 전액을 보상
3. 제1조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제2호의 "다"목 또는 "라"목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험증권에 기재된 보상한도액 내에서 보상

2 하나의 사고를 원인으로 대인배상 및 대물(누수사고제외)배상이 동시에 발생하는 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다.

3 제2항의 "누수사고"라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설

치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 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 않습니다.

제6조(의무보험과의 관계)

1 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 이 특별약관이 의무보험인 경우에는 그러하지 않으며, 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)을 따릅니다.

2 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로써 공제계약을 포함합니다.

3 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

제7조(보험금의 분담)

1 회사는 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 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 계약이 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 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

용 어 풀 이	공제계약
유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국, 신협, 새마을금고 등이 공제계약을 취급합니다.	

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

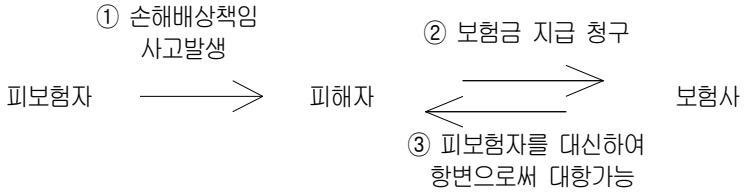
2 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또

는 증인 출석에 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 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

4 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

예 시	손해배상청구에 대한 회사의 해결 예시



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

제9조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

1 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의 · 절충 · 중재 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.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 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.

부 가 설 명	보상책임을 지는 한도
동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.	

제10조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가

서면 동의한 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.

제11조(조사)

1 회사는 보험의 목적에 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.

제12조(특별약관의 소멸)

이 특별약관에서 규정하는 보상하는 손해가 추가로 발생할 수 없는 경우 이 특별약관은 소멸하며, 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(특별약관의 자동갱신)

< 1종 >

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

< 2종 >

1 이 특별약관의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 배상책임 일반조항을 따릅니다.

※ 배상책임 관련 용어의 정의

용 어	정 의
신체장해	신체장해라 함은 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.
재물손해	재물손해라 함은 아래와 같습니다. 1)물리적으로 망가뜨려진 유체물의 직접손해 2)물리적으로 망가뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해 3)물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사 고	사고라 함은 급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	1회의 사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로 써 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
법률상의 배상책임	법률상의 배상책임이라 함은 법률규정에 따른 배상책임을 말하며, 법률상의 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.

특별약관

제7장 치매 관련 특별약관

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01) 약관



1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매 · 경증알츠하이머치매)(최초1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 치매에 대한 보장개시일(이하 치매보장개시일이라 합니다) 이후에 다음 각 호의 사항에 모두 해당하는 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 표적치매약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해 또는 진단확정된 질병으로 인해 "최경증치매상태Ⅱ" 또는 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"로 진단확정된 경우
2. "아밀로이드베타 적응증 상태"에 해당된 경우
3. "표적치매약물허가치료"를 받은 경우

2 제1항의 경우 치매보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하는 "최경증치매상태Ⅱ" 또는 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"의 경우 치매보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 치매보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	최경증치매상태Ⅱ 또는 경증알츠하이머치매상태Ⅱ의 보장개시일



※ 단, "최경증치매상태Ⅱ" 또는 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"의 원인이 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하는 상해인 경우, 치매보장개시일은 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보장보험료의 납입을 면제하지 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. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않으며, 보장보험료의 납입을 면제하지 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 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증(조현병)이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용

제4조(최경증치매상태Ⅱ 및 경증알츠하이머치매상태Ⅱ의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "최경증치매상태Ⅱ"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "최경증 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.
1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

2 이 특별약관에서 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분

류에 있어서【별표90】(알츠하이머치매 분류표)에서 정한 알츠하이머치매로 진단확정되고, 이로 인하여 "경증 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "최경증 인지기능의 장애" 및 "경증 인지기능의 장애"라 함은 보험기간 중 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과에 따라 다음 각호(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

1. CDR 척도 1점은 "경증 인지기능의 장애"
2. CDR 척도 0.5점은 "최경증 인지기능의 장애"

용 어 풀 이	CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

CDR척도는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

4 "최경증치매상태Ⅱ" 및 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

5 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("아밀로이드베타 적응증 상태"의 정의)

1 이 특별약관에서 "아밀로이드베타 적응증 상태"라 함은 "아밀로이드베타(Aβ)"단백질이 침착된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 '양성(Positive)'인 상태를 말합니다. 단, 양성자방출단층술(PET)검사의 경우, 그 결과가 '30센틸로이드(Centiloid) 이상'인 상태를 말합니다.

용 어 풀 이	

· 아밀로이드베타(Aβ 또는 Abeta)
: 알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36-43개의 아미노산 펩타이드를 의미합니다.

· 센틸로이드(Centiloid)
: 알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가집니다.

2 "아밀로이드베타 적응증 상태"의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 판단은

병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층술(PET), 뇌척수액검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용 어 풀 이	

· **양전자 방출 단층술(PET, Positron Emission Tomography)**
: 양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

· **뇌척수액 검사(CSF, cerebrospinal fluid)**
: 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제6조("표적치매약물허가치료" 및 "아밀로이드베타 표적약물허가치료제"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "표적치매약물허가치료"라 함은 "최경증치매상태Ⅱ" 및 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"의 치료를 직접적인 목적으로 "아밀로이드베타 표적약물허가치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여 또는 투약하여 치료하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "아밀로이드베타 표적약물허가치료제"라 함은 피보험자가 "아밀로이드베타 적응증 상태"에 해당되어 "아밀로이드베타(Aβ)" 단백질을 표적으로 하여 이를 제거하기 위해 사용하는 항체 치료제로서, 처방 당시 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

용 어 풀 이	아밀로이드베타 표적약물허가치료제 성분명 안내
레카네맙(Lecanemab)	

※ 상기치료제의 해당 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

3 제1항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

용 어 풀 이	"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

• 식품의약품안전처 허가 내 "효능효과"확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색

4 "표적치매약물허가치료"의 처방은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제7조(최경증이상치매상태Ⅱ 및 중등도이상치매상태Ⅱ의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "최경증이상치매상태Ⅱ"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "최경증이상 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을

입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

2 이 특별약관에서 "중등도이상치매상태Ⅱ"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "중등도이상 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.
1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

3 이 특별약관에서 "최경증이상 인지기능의 장애" 및 "중등도이상 인지기능의 장애"라 함은 보험기간 중 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과에 따라 다음 각호(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
1. CDR 척도 0.5점이상은 "최경증이상 인지기능의 장애"
2. CDR 척도 2점이상은 "중등도이상 인지기능의 장애"

용 어 풀 이	CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)
CDR척도는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.	

4 "최경증이상치매상태Ⅱ" 또는 "중등도이상치매상태Ⅱ"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

5 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(CDR 또는 KCD코드 기입), "아밀로이드베타적응증 상태"를 확인할 수 있는 검사 결과지(PET 또는 뇌척수액 등), "아밀로이드베타 표적약물허가치료제" 처방여부 및 의약품명이 기재된 서류, 진료비계산서, 사망진단서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제9조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 치매보장개시일의 전일 이전에 "최경증이상치매상태Ⅱ"로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유로 표적치매약물허가치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 중등도이상치매상태Ⅱ로 진단 확정되거나 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 중등도이상치매상태Ⅱ로 진단 확정 또는 사망 당시 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제12조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간

이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

제13조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

2. 표적치매약물허가치료비(최경증치매 · 경증알츠하이머치매)(7회이상, 최초1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 치매에 대한 보장개시일(이하 치매보장개시일이라 합니다) 이후에 다음 각 호의 사항에 모두 해당하는 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 표적치매약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 상해 또는 진단확정된 질병으로 인해 "최경증치매상태Ⅱ" 또는 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"로 진단확정된 경우
2. "아밀로이드베타 적응증 상태"에 해당된 경우
3. "표적치매약물허가치료"를 7회이상 받은 경우

2 제1항의 경우 치매보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하는 "최경증치매상태Ⅱ" 또는 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"의 경우 치매보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 치매보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	**최경증치매상태Ⅱ 또는 경증알츠하이머치매상태Ⅱ의 보장개시일**



※ 단, "최경증치매상태Ⅱ" 또는 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"의 원인이 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하는 상해인 경우, 치매보장개시일은 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 "표적치매약물허가치료" 를 받는 중 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 치료에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 "표적치매약물허가치료비"를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보장보험료의 납입을 면제하지 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. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않으며, 보장보험료의 납입을 면제하지 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 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증(조현병)이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용

제4조(최경증치매상태Ⅱ 및 경증알츠하이머치매상태Ⅱ의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "최경증치매상태Ⅱ"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "최경증 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.
1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

2 이 특별약관에서 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표90】(알츠하이머치매 분류표)에서 정한 알츠하이머치매로 진단확정되고, 이로 인하여 "경증 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "최경증 인지기능의 장애" 및 "경증 인지기능의 장애"라 함은 보험기간 중 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과에 따라 다음 각호(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
1. CDR 척도 1점은 "경증 인지기능의 장애"
2. CDR 척도 0.5점은 "최경증 인지기능의 장애"

용 어 풀 이	CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)
CDR척도는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.	

4 "최경증치매상태Ⅱ" 및 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

5 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("아밀로이드베타 적응증 상태"의 정의)

1 이 특별약관에서 "아밀로이드베타 적응증 상태"라 함은 "아밀로이드베타(Aβ)"단백질이 침착된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 '양성(Positive)'인 상태를 말합니다. 단, 양성자방출단층술(PET)검사의 경우, 그 결과가 '30센틸로

이드(Centiloid) 이상'인 상태를 말합니다.

용 어 풀 이	

· 아밀로이드베타(Aβ 또는 Abeta)
: 알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36-43개의 아미노산 펩타이드를 의미합니다.

· 센틸로이드(Centiloid)
: 알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가집니다.

2 "아밀로이드베타 적응증 상태"의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 판단은 병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층술(PET), 뇌척수액검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용 어 풀 이	

· 양전자 방출 단층술(PET, Positron Emission Tomography)
: 양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

· 뇌척수액 검사(CSF, cerebrospinal fluid)
: 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제6조("표적치매약물허가치료" 및 "아밀로이드베타 표적약물허가치료제"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "표적치매약물허가치료"라 함은 "최경증치매상태II" 및 "경증알츠하이머치매상태II"의 치료를 직접적인 목적으로 "아밀로이드베타 표적약물허가치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여 또는 투약하여 치료하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "아밀로이드베타 표적약물허가치료제"라 함은 피보험자가 "아밀로이드베타 적응증 상태"에 해당되어 "아밀로이드베타(Aβ)" 단백질을 표적으로 하여 이를 제거하기 위해 사용하는 항체 치료제로서, 처방 당시 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

용 어 풀 이	아밀로이드베타 표적약물허가치료제 성분명 안내

레카네맙(Lecanemab)

※ 상기치료제의 해당 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

3 제1항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

용 어 풀 이	"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 "효능효과"확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색

4 "표적치매약물허가치료"의 처방은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제7조(최경증이상치매상태Ⅱ 및 중등도이상치매상태Ⅱ의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "최경증이상치매상태Ⅱ"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "최경증이상 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

2 이 특별약관에서 "중등도이상치매상태Ⅱ"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "중등도이상 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

3 이 특별약관에서 "최경증이상 인지기능의 장애" 및 "중등도이상 인지기능의 장애"라 함은 보험기간 중 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과에 따라 다음 각호(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

1. CDR 척도 0.5점이상은 "최경증이상 인지기능의 장애"
2. CDR 척도 2점이상은 "중등도이상 인지기능의 장애"

용 어 풀 이	CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

CDR척도는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

4 "최경증이상치매상태Ⅱ" 또는 "중등도이상치매상태Ⅱ"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가

를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

5 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(CDR 또는 KCD코드 기입), "아밀로이드베타적응증 상태"를 확인할 수 있는 검사 결과지(PET 또는 뇌척수액 등), "아밀로이드베타 표적약물허가치료제" 처방여부 및 의약품명이 기재된 서류, 진료비계산서, 사망진단서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제9조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 치매보장개시일의 전일 이전에 "최경증이상치매상태II"로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유로 표적치매약물허가치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 중등도이상치매상태Ⅱ로 진단 확정되거나 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 중등도이상치매상태Ⅱ로 진단 확정 또는 사망 당시 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제12조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

3. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(14회이상, 최초1회한)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 치매에 대한 보장개시일(이하 치매보장개시일이라 합니다) 이후에 다음 각 호의 사항에 모두 해당하는 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 표적치매약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해 또는 진단확정된 질병으로 인해 "최경증치매상태Ⅱ" 또는 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"로 진단확정된 경우
2. "아밀로이드베타 적응증 상태"에 해당된 경우
3. "표적치매약물허가치료"를 14회이상 받은 경우

2 제1항의 경우 치매보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하는 "최경증치매상태Ⅱ" 또는 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"의 경우 치매보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 치매보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	최경증치매상태Ⅱ 또는 경증알츠하이머치매상태Ⅱ의 보장개시일



※ 단, "최경증치매상태Ⅱ" 또는 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"의 원인이 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 하는 상해인 경우, 치매보장개시일은 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 "표적치매약물허가치료"를 받는 중 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 치료에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 "표적치매약물허가치료비"를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보장보험료의 납입을 면제하지 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. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않으며, 보장보험료의 납입을 면제하지 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 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증(조현병)이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용

제4조(최경증치매상태Ⅱ 및 경증알츠하이머치매상태Ⅱ의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "최경증치매상태Ⅱ"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "최경증 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

2 이 특별약관에서 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표90】 (알츠하이머치매 분류표)에서 정한 알츠하이머치매로 진단확정되고, 이로 인하여 "경증 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "최경증 인지기능의 장애" 및 "경증 인지기능의 장애"라 함은 보험기간 중 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과에 따라 다음 각호(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

1. CDR 척도 1점은 "경증 인지기능의 장애"
2. CDR 척도 0.5점은 "최경증 인지기능의 장애"

용 어 풀 이	CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)
CDR척도는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.	

4 "최경증치매상태Ⅱ" 및 "경증알츠하이머치매상태Ⅱ"의 진단확정은 의료법 제3조

(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

5 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("아밀로이드베타 적응증 상태"의 정의)

1 이 특별약관에서 "아밀로이드베타 적응증 상태"라 함은 "아밀로이드베타(Aβ)"단백질이 침착된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 '양성(Positive)'인 상태를 말합니다. 단, 양성자방출단층술(PET)검사의 경우, 그 결과가 '30센틸로이드(Centiloid) 이상'인 상태를 말합니다.

용 어 풀 이	

· 아밀로이드베타(Aβ 또는 Abeta)
: 알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36-43개의 아미노산 펩타이드를 의미합니다.

· 센틸로이드(Centiloid)
: 알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가집니다.

2 "아밀로이드베타 적응증 상태"의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 판단은 병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층술(PET), 뇌척수액검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용 어 풀 이	

· 양전자 방출 단층술(PET, Positron Emission Tomography)
: 양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

· 뇌척수액 검사(CSF, cerebrospinal fluid)
: 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제6조("표적치매약물허가치료" 및 "아밀로이드베타 표적약물허가치료제"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "표적치매약물허가치료"라 함은 "최경증치매상태II" 및 "경증알츠하이머치매상태II"의 치료를 직접적인 목적으로 "아밀로이드베타 표적약

물허가치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여 또는 투약하여 치료하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "아밀로이드베타 표적약물허가치료제"라 함은 피보험자가 "아밀로이드베타 적응증 상태"에 해당되어 "아밀로이드베타(Aβ)" 단백질을 표적으로 하여 이를 제거하기 위해 사용하는 항체 치료제로서, 처방 당시 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

용 어 풀 이	아밀로이드베타 표적약물허가치료제 성분명 안내

레카네맙(Lecanemab)

※ 상기치료제의 해당 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

3 제1항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

용 어 풀 이	"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 "효능효과"확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색

4 "표적치매약물허가치료"의 처방은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제7조(최경증이상치매상태Ⅱ 및 중등도이상치매상태Ⅱ의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "최경증이상치매상태Ⅱ"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "최경증이상 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

2 이 특별약관에서 "중등도이상치매상태Ⅱ"라 함은 아래 각 호에 모두 해당되는 "치매"로 진단되고, 이로 인하여 "중등도이상 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

3 이 특별약관에서 "최경증이상 인지기능의 장애" 및 "중등도이상 인지기능의 장애"라 함은 보험기간 중 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과에 따라 다음 각호(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

1. CDR 척도 0.5점이상은 "최경증이상 인지기능의 장애"
2. CDR 척도 2점이상은 "중등도이상 인지기능의 장애"

용 어 풀 이	CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)
CDR척도는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.	

4 "최경증이상치매상태Ⅱ" 또는 "중등도이상치매상태Ⅱ"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

5 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(CDR 또는 KCD코드 기입), "아밀로이드베타적응증 상태"를 확인할 수 있는 검사 결과지(PET 또는 뇌척수액 등), "아밀로이드베타 표적약물허가치료제" 처방여부 및 의약품명이 기재된 서류, 진료비계산서, 사망진단서, 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 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제9조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 치매보장개시일의 전일 이전에 "최경증이상치매상태Ⅱ"로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유로 표적치매약물허가치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 중등도이상치매상태Ⅱ로 진단 확정되거나 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 중등도이상치매상태Ⅱ로 진단 확정 또는 사망 당시 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제12조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

4. 치매 MRI·CT·PET검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려진 "치매"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "치매MRI·CT·PET검사(급여)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 치매MRI·CT·PET검사 지원비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
질병으로 인한 치매	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
상해로 인한 치매	이 특별약관의 보험가입금액 100%	

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 정신분열증(조현병)이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
3. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
4. 알코올중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용

제4조("치매"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "치매"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표91】(치매 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("치매MRI·CT·PET검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "치매MRI·CT·PET검사(급여)"라 함은 "의사"에 의하여 "

치매"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI), 전산화단층영상진단(CT) 또는 양전자방출단층촬영(PET)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의료행위	분류번호
일반 전산화단층영상진단 CT(Computed Tomography)	다-245
자기공명영상진단 MRI(Magnetic Resonance Imaging)	다-246
양전자방출단층촬영 PET(Position Emission Tomography)	다-339

용 어 풀 이

· 자기공명영상(MRI)검사

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

· 전산화단층영상(CT)검사

X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법

· 양전자방출단층촬영(PET)검사

양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

2 제1항의 "치매MRI · CT · PET검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고, 이 특별약관의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

5 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), "치매MRI · CT · PET검사(급여)" 목적이 기재된 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성

과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

5. 치매 CDR척도검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "치매"에 대한 보장개시일(이하

치매보장개시일이라 합니다) 이후에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려진 "치매"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "치매CDR척도검사(급여)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 치매CDR척도검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "치매"로 진단확정 되지 않은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항의 경우 치매보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 다음 날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 "치매"로 진단확정 된 경우 치매보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 치매보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

예 시	치매보장개시일



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 "치매"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "치매CDR척도검사(급여)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제1항의 경우 치매보장개시일 이후 "치매CDR척도검사(급여)"를 받고 그 검사 결과를 기초로 "치매"의 진단 확정된 경우를 포함합니다.

5 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 정신분열증(조현병)이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
3. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
4. 알코올중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용

제4조("치매"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "치매"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표91】(치매 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "치매"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

3 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("치매CDR척도검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "치매CDR척도검사(급여)"라 함은 【별표92】(치매CDR척도검사 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

용 어 풀 이	CDR척도(CDR, Clinical dementia rating scale, 2001년)

CDR척도는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

용 어 풀 이	

· 급여

「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

· 본인부담금

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금을 말합니다.

· 비급여

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목을 포함합니다)을 말합니다.

2 제1항의 "치매CDR척도검사(급여)"는 "의사"에 의하여 "치매"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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

용 어 풀 이	건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)
「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료료 등을 포함한 항목에 부여되는 코드를 말합니다.	

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 치매보장개시일의 전일 이전에 "치매"로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(특별약관의 자동갱신)
1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

6. 파킨슨병진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 파킨슨병으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 파킨슨병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(파킨슨병의 정의 및 진단확정)
1 "파킨슨병"은 도파민 신경세포의 퇴행으로 인하여 중대한 운동기능의 장애를 유발하며 떨림, 경직, 운동완서의 3대 증상을 특징으로 하는 질병을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "파킨슨병"이라 함은 아래 각호에 모두 해당되고 제9차 한국표준

질병·사인분류에 있어서 【별표93】(파킨슨병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

1. "파킨슨병"의 진단은 영국 파킨슨병협회 뇌은행(UKBB) 진단 기준 또는 임상학적으로 받아들여지는 진단 기준을 근거로 하여 신경과 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 내려져야 합니다. 다만, 이차성 파킨슨증, 알코올 유발 파킨슨증은 보장에서 제외됩니다.
2. 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 "파킨슨병"(【별표93】(파킨슨병 분류표) 참조)으로 확정 진단된 이후부터 파킨슨 치료제 처방일이 총 365일이상이어야 하며, 이를 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. "파킨슨 치료제"라 함은 신경과 전문의 자격증을 가진 자가 처방한 레보도파 제제(Levodopa), 도파민 효능제(Dopamineagonists), 도파 데카르복실라제 억제제(Peripheral decarboxylase inhibitors), 콤트효소 억제제(COMT inhibitors), 또는 MAO-B 억제제(MAO-B inhibitors)를 말하며, 파킨슨병의 직접적인 치료 목적으로 신경과 전문의에 의하여 "파킨슨 치료제"와 동등한 효과가 인정되는 파킨슨 약제를 사용한 경우를 포함합니다. 다만, 임상학적으로 파킨슨병의 치료를 위해 파킨슨 치료제가 필요함에도 불구하고 부작용 등의 이유로 파킨슨 치료제로 치료받을 수 없는 경우에는 이를 증명할 만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 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. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

용 어 풀 이	습관성 유산, 불임 및 인공수정
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.	

용 어 풀 이	심신상실
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태	

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유로 파킨슨병진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의

해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 이 특별약관의 보험기간보다 짧을 경우 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급), 제24조(계약의 소멸), 제25조(계약의 자동갱신), 제26조(자동갱신 적용) 및 제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)는 제외합니다.

특별약관

제8장 제도성 특별약관

KB 다이렉트 건강맞춤보장보험(무배당)(26.01) 약관



제8장 제도성 특별약관

1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(보통약관 및 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 "보험계약"이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절 일반조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

3 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

4 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회활동과 출퇴근용도 등 주로 사용하게 된 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

2 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 "원동기장치자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)"를 포함합니다. 다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.

용 어 풀 이	
퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동킥보드, 전동이륜평행차 등)는 자동차관리법에 정한 "이륜자동차", 도로교통법에 정한 "원동기장치자전거"에 포함됩니다.	

3 제2항에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

4 제2항 및 제3항에서 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 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 보험계약과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

2. 선지급서비스

제1조(적용대상)

1 계약자와 동일한 피보험자에 대해서만 이 선지급서비스 특별약관(이하"특별약관"이라 합니다)을 부가할 수 있습니다.

2 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.

3 보통약관에 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 "사망보장특별약관"이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에도 이 특별약관을 적용합니다.

제2조(지급사유)

1 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 전문의 자격증을 가진 자가 실시한 진단 결과 피보험자의 남은 생존기간이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 선지급 사망보험금(이하 "보험금"이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.

3 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보

아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
4 사망보장특별약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
5 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 남은 생존기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원금과 이자의 합계를 뺀 금액을 지급합니다.
6 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 보험사고)
계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제2조(지급사유)의 제1항에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 지정대리청구인)
1 계약자가 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제5조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경지정한 다음의 자(이하"지정대리청구인"이라 합니다)가 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험금 수익자의 대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

2 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특별약관의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특별약관의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제5조(지정대리청구인의 변경지정)
계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본
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)

제6조(보험금의 청구)
1 피보험자 또는 지정대리청구인은 제1조에 정한 특별약관의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(종합병원에서 발급한 진단서)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 기타, 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

[2] 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제7조(보험금의 지급절차)

[1] 회사는 제6조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10일 이내에 드립니다.

[2] 제1항에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에는 진단을 받지 않는 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

[3] 회사는 제1항 및 제2항의 규정에 의한 지급기일 내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표2】 참조)"에서 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제8조(특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 사망보장특별약관을 따릅니다.

3. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

[1] 이 특별약관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가하여 이루어집니다. 단, 제2호에 해당하는 경우 계약자의 동의가 필요합니다.

1. 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우
2. 보험계약을 체결한 후 보통약관 제1절 일반조항 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 등으로 보장을 제한하는 경우

[2] 제1항에 따라 보장을 제한하는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우

혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력과 관련이 있는 특정 신체부위 또는 특정 질병(【별표19】(특정 신체부위 · 질병 분류표III) 참조)으로 제한하여 적용하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준(계약인수지침 등)을 따릅니다. 또한 회사는 이 특별약관이 부가된 경우 계약자에게 보장제한부 인수 범위 및 사유를 설명하여 드립니다.

3 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 제1절 일반조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

4 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

5 보통약관 및 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특별약관 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특별약관 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

1 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에【별표19】(특정 신체부위 · 질병 분류표III)중에서 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만 질병으로 인하여 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하"후유장해"라 합니다)되어【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 회사가 지정한 신체부위(이하"특정 신체부위"라 합니다)에 발생한 질병 (【별표19-1】(특정 신체부위 분류표III)) 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)
2. 회사가 지정한 질병(이하"특정질병"이라 합니다) (【별표19-2】(특정 질병 분류표III))

2 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간(이하 "부담보 기간"이라 합니다)은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 "1개월부터 5년" 또는 "보험계약의 보험기간 전체"로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준(계약인수지침 등)을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 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 납입 연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료

일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정합니다. 또한 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다.
단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단 · 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.

관 련 법 규	

· 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.

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

· 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

4 제2항에서 회사가 부담보 기간을 "보험계약의 보험기간 전체"로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병 및 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병, 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.
단, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 "보험계약의 보험기간 전체"로 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 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

5 제4항의 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

6 제1항에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계

약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우

7 피보험자가 회사가 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

8 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

9 제1항의 특정 신체부위와 특정질병을 합하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

4. 보험료 자동납입

제1조(보험료의 납입)
계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

제2조(보험료의 영수)
자동납입일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 매월 회사가 정하는 날 중 보험계약자가 희망하는 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴 의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

가. 초회보험료자동납입 추가

제1조(보험료의 납입)
1 보험계약자가 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제1절 일반조항 제18조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다. 다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료의 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 합니다.
2 제1항의 경우에 회사는 청약서를 접수한 날로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 금융기관의 해당계좌에서 제1회 보험료를 받고 보험증권을 드립니다.

제2조(계약후의 알릴의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제3조(준용규정)
이 초회보험료자동납입 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보험료자동납입 특별약관을 따릅니다.

5. 전자서명

제1조(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 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 "보통약관"이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
2 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)
1 계약자가 원하는 방법에 따라 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
2 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴의무)
1 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소(이하 "전자적 주소"라 합니다)를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 지정한 전자적 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
3 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자적 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않는 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자적 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자적 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6. 특별조건부 (표준하체 인수)

제1조(보험계약의 성립)

1 이 특별약관은 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체 보험에 가입할 수 없다고 인정되는 경우 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 특별약관에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 기본계약 또는 선택계약은 "해당계약"이라 합니다)

2 이 특별약관에 대한 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

3 해당계약의 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

용 어 풀 이	

· 표준체 보험

건강상태에 따라 위험률을 할인, 할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 보험

· 표준하체

위험도가 높아 표준체 보험에 가입할 수 없는 피보험자

제2조(특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

1 이 특별약관에 의하여 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특별약관보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특별약관보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에 정한 보험금을 지급합니다.

용 어 풀 이	

· 할증위험률에 의한 보험료

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높은 위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정한 삭감기간 내에 해당계약의 약관에서 정하는 상해 이외의 원인으로 해당계약의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

경과기간	기 준	삭감기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만		-	60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만		-	-	75%	60%	45%
3년이상 4년미만		-	-	-	80%	60%
4년이상 5년미만		-	-	-	-	80%

2 제1항 제1호, 제2호의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간 내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.

2 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(특별약관내용의 변경)

이 특별약관이 부가된 해당계약의 경우에는 해당계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

7. 장애인전용보험전환

제1조(적용범위)

1 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

관 련 법 규	소득세법

· 소득세법 제59조의 4(특별세액공제)

근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

· 소득세법 시행령 제118조의 4(보험료의 세액공제)

① 소득세법 제59조의 4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험, 공제로서 보험, 공제계약 또는 보험료, 공제료 납입영수증에 장애인전용 보험, 공제로 표시된 보험, 공제의 보험료, 공제료를 말한다.

② 소득세법 제59조의 4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험, 보증, 공제의 보험료, 보증료, 공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재, 도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. "수산업협동조합법", "신용협동조합법" 또는 "새마을금고법"에 따른 공제
5. "군인공제회법", "한국교직원공제회법", "대한지방행정공제회법", "경찰공제회법" 및 "대한소방공제회법"에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

· 소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

관 련 법 규	소득세법

· 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인

1. "장애인복지법"에 따른 장애인 및 "장애아동 복지지원법"에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. "국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률"에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

· 소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)

영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 "장애아동 복지지원법" 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

예 시	이 특별약관을 적용할 수 없는 사례

· 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

· 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

· 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

2 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

3 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

4 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

1 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 "소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본"(이하 "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따른 상이자의

증명을 받은 사람 또는 장애인복지법에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

3 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

4 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

1 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

2 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

예 시	특별세액공제 대상 기간 예시
2024년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2024년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2024년 1월 15일~ 2024년 5월 31일)에 납입된 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2024년6월1일~2024년12월31일) 납입된 보험료만 2024년 특별세액공제 대상이 됩니다.	

3 제2항에도 불구하고, "전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 해당 연도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우"에는 해당 연도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 단, 제2조(제출서류)제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

예 시	특별세액공제 대상 기간 예시
2024년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2024년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2024년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.	

4 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 단, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대

상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)
계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
2 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

8. 보장특약 자동갱신(추가납입형)

제1조(특약의 적용)
이 "보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"(이하 "특약" 이라 합니다)은 손해의 보상을 내용으로 한 이 계약의 특별약관(이하 "보장특약" 이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 사전에 합의가 있을 경우에 적용합니다.

제2조(보장특약의 자동갱신)
1 이 보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간으로 합니다. 다만, 이 특별약관의 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 남은 기간이 갱신전 보험기간보다 작을 경우에는 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간을 보험기간으로 합니다.

예 시	48세의 피보험자가 3년만기로 80세까지 갱신하는 경우
갱신시점의 나이 : 51세, 54세 ~ 72세, 75세, 78세 - 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 작아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.	

2 이 보장특약이 정상적으로 유지되고 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기되는 날의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 "갱신전 보장특약" 이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약 의 만기일의 다음날(이하 "갱신일" 이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
1. 갱신된 특별약관(이하 "갱신보장특약" 이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일 것
3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 제1항에 따라 자동 갱신되는 경우 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

4 알릴의무에 대하여는 보통약관 제1절 일반조항 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

제3조(자동갱신 적용)

1 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 최초 계약시의 보험약관을 계속하여 적용합니다.

2 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

3 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제2항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신 전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

4 제1항에도 불구하고 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

5 제4항에 따라 변경된 약관을 적용하게 되어 보장내용이 변경되는 경우, 회사는 제3항에도 불구하고 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 갱신 전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

6 회사는 제5항의 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신 전 보장특약의 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신합니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 갱신 전 보장특약은 만료됩니다.

7 제5항 및 제6항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신일 이후 납입한 보장특약의 보험료를 돌려드립니다.

예 시	40세의 피보험자가 3년만기로 갱신하는 경우

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 특약보험료는 가입시점의 40세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 특약보험료는 가입 3년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(40세 → 43세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다.

한편, 세 번째 갱신계약의 특약보험료는 가입 9년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(46세 → 49세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구 분	40세	43세	46세	49세	…	비 고
특약보험료	5,000원	6,200원	7,600원	12,500원	…	
최초계약 보험료표	5,000원	6,500원	8,000원	10,000원	…	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	…	나이증가 위험률인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	…	나이증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300원	8,000원	9,900원	12,500원	…	나이증가 위험률상승
:	:	:	:	:	:	

제4조(갱신보장특약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 보장계약의 보험료를 납입 완료하고, 제2조(보장특약의 자동갱신)에 의해 보장특약이 자동갱신된 경우에는 갱신보장특약의 제1회 보험료를 갱신 일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신보장특약의 제1회 보험료를 납입하지 않는 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않는 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제된 것으로 봅니다.

3 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(갱신보장특약의 보장개시)
제2조(보장특약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장특약의 보장개시는 갱신일 당일로 합니다.

제6조(준용규정)
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 보장특약을 따릅니다.

별표

별표1	장해분류표

1 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 그중 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.

2 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 시력교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.

3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하

거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.

4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 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 30cm 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 평가 시 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(검은 자위)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 90dB이상인 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, 50cm 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 일상

생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 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 60cm 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 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대

상으로 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. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입벌리기)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때' 라 함은 심한 개구(입벌리기)운동 제한이나 저작(씹기)운동 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 개구(입벌리기)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우

나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입벌리기)운동이 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 개구(입벌리기)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입벌리기) 운동이 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 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구(입벌리기)장해는 턱관절의 이상으로 개구(입벌리기)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입벌리기)상태에서 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(반흔(흉터)성형술, 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(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5㎜ 미만의 반흔(흉터)은 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 추상반흔(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 동일한 부위로 한

다. 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 운동장해란 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 운동장해란 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 검사 상, 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 기형이란 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 기형이란 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 기형이란 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 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 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

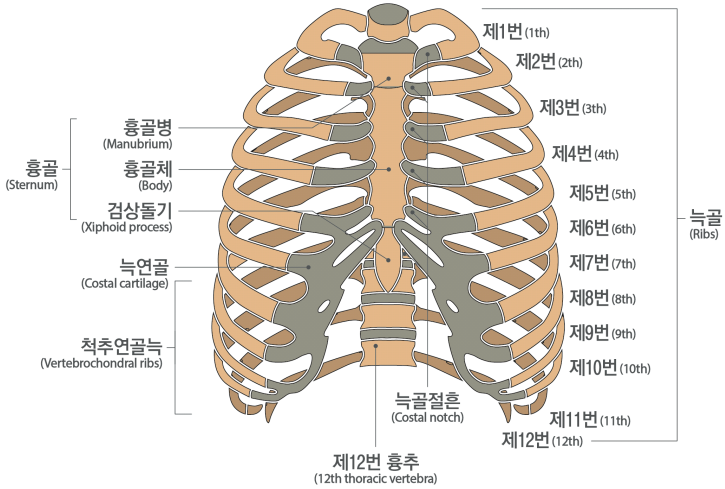
가. 장해의 분류

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

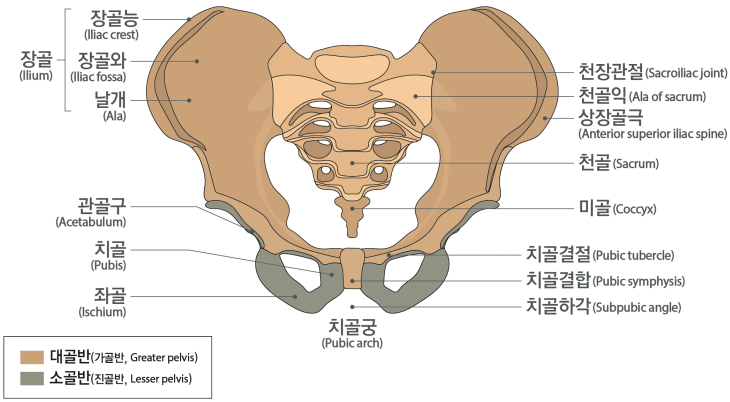
나. 장해판정기준

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.

부 가 설 명 | 가슴뼈



부 가 설 명 | 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 제1항 및 제3항의 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.

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 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따

른다.
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) ‘가관절주)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 어

느 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.

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. 그 중 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.

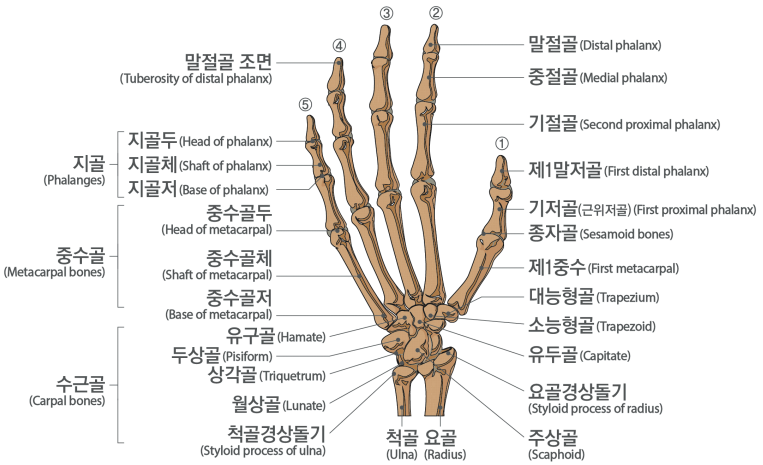
6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’ 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

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.

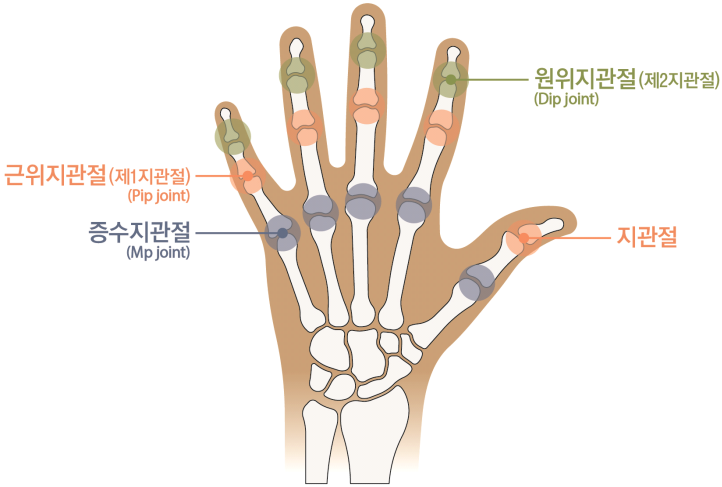
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

부 가 설 명	손가락



부 가 설 명	손가락



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

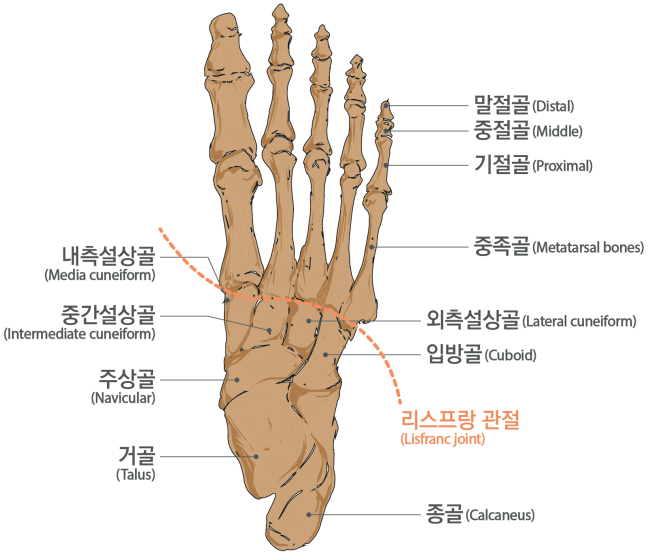
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제

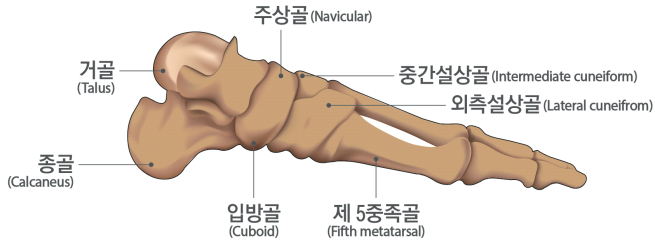
거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

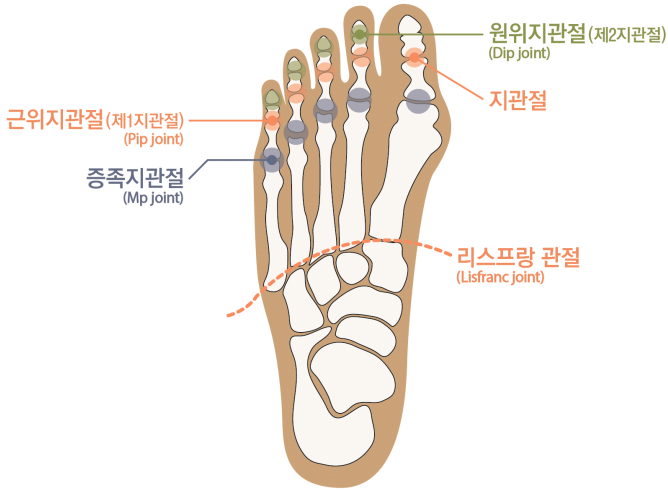
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '발가락을 잃었을 때' 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때' 라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 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 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 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 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

부 가 설 명	발가락


말절골 (Distal)
중절골 (Middle)
기절골 (Proximal)
중족골 (Metatarsal bones)
내측설상골
(Media cuneiform)
중간설상골
(Intermediate cuneiform)
주상골
(Navicular)
거골
(Talus)
외측설상골 (Lateral cuneiform)
입방골 (Cuboid)
리스프랑 관절
(Lisfranc joint)
종골 (Calcaneus)

부 가 설 명	발가락


주상골 (Navicular)
거골 (Talus)
중간설상골 (Intermediate cuneiform)
외측설상골 (Lateral cuneifrom)
종골 (Calcaneus)
입방골 (Cuboid)
제 5중족골 (Fifth metatarsal)


원위지관절 (제2지관절)
(Dip joint)
지관절
근위지관절 (제1지관절)
(Pip joint)
중족지관절
(Mp joint)
리스프랑 관절
(Lisfranc joint)

12. 흉복부 장기 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. 장해의 판정기준

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 남긴때	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 : CDR척도 5점	100
8) 심한치매 : CDR척도 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 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 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, 보건복지부고시 「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, 보건복지부고시 「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, 보건복지부고시 「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 임상심리전문가가 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 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 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, SPECT등)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.

<붙 임>

· 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도	지급률
이동동작	1) 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%
	2) 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30%
	3) 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20%
	4) 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10%
음식물 섭취	1) 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20%
	2) 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15%
	3) 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	4) 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5%
배변· 배뇨	1) 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태	20%
	2) 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태	15%
	3) 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	4) 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때	5%

유형	제한 정도	지급률
목욕	1) 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태	10%
	2) 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태	5%
	3) 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행 가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태	3%
옷 입고 벗기	1) 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	10%
	2) 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태	5%
	3) 상·하의 의복착탈시 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(해약환급금지급형)>

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보장보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다. 단, 보통약관 제1절 일반조항 제47조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 청구일은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

< 2종(표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후))>

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보장보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다. 단, 보통약관 제1절 일반조항 제47조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 청구일은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

별표3 골절분류표 II (치아파절제외)

1 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)	S02 (S02.5는 제외)
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표4 골절분류표

1 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
두개골 및 안면골의 골절	S02
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표5 화상분류표

1 약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서

보장하는 화상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
머리 및 목의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T20
몸통의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T21
손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T22
손목 및 손의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T23
발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T24
발목 및 발의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T25
눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
기도의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T27
기타 내부기관의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T28
여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T29
상세불명 신체부위의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T30
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T32
방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 화상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

[2] 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표6 3대특정암 분류표

1 약관에서 규정하는 3대특정암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 3대특정암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
위의 악성 신생물	C16
간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
기관의 악성 신생물	C33
기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 3대특정암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표7 악성신생물(암) 분류표

1 약관에 규정하는 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
유방의 악성신생물(암)	C50
여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
요로의 악성신생물(암)	C64~C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75

대상이 되는 항목	분류번호
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

유 의 사 항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

별표8 제자리 신생물 분류표

1 약관에 규정하는 제자리 신생물으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01

대상이 되는 항목	분류번호
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리 흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표9 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1 약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2

대상이 되는 항목	분류번호
기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표10 10대고액치료비암 분류표

1 약관에 규정하는 10대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 10대고액치료비암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
식도의 악성신생물(암)	C15
췌장의 악성신생물(암)	C25
골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40~C41
사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40
기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물(암)	C70~C72
수막의 악성 신생물(암)	C70
뇌의 악성 신생물(암)	C71
척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
호지킨림프종	C81
소포성 림프종	C82

대상이 되는 항목	분류번호
비소포성 림프종	C83
성숙 T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
악성 면역증식성 질환	C88
다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95
림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96
만성 골수증식질환	D47.1
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
간 및 간내 담관의 악성 신생물(암)	C22
담낭의 악성 신생물(암)	C23
담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C24
기관의 악성신생물(암)	C33
기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 10대고액치료비암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표11 뇌졸중 분류표

1 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표12 뇌출혈 분류표

1 약관에 규정하는 뇌출혈으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표13 급성심근경색증 분류표

1 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
급성심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표14 뇌혈관질환 분류표

1 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	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 뇌혈관 질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표15 허혈성심장질환 분류표

1 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표16 특정소액암 분류표

1 약관에 규정하는 특정소액암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정소액암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
유방의 악성신생물(암)	C50
자궁경부의 악성신생물(암)	C53
자궁체부의 악성신생물(암)	C54
전립선의 악성신생물(암)	C61
방광의 악성신생물(암)	C67

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정소액암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표17 116대질병 분류표

별표17-1 15대질병 분류표

1 약관에서 규정하는 15대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 15대질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
폐렴	재향군인병	A48.1
	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
	[B01.2+:수두폐렴(J17.1*)]	B01.2+
	[B05.2+:폐렴이합병된홍역(J17.1*)]	B05.2+
	[B25.0+:거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0+
	[B58.3+:폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴	J18

대상이 되는 질병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	[A39.5+:수막알균성 심장병 (I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*)]	A39.5+
	[B37.6+:칸디다심내막염(I39.8*)]	B37.6+
고혈압질환	본태성(원발성)고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	배경망막병증 및 망막혈관변화(H35.0) 중 고혈압성 망막병증 주) H35.0(배경망막병증 및 망막혈관변화) 중 고혈압성 망막병증에 한함	H35.0주)
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간 질 환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	[B25.1+:거대세포바이러스간염(K77.0*)]	B25.1+
	[B58.1+:톡소포자충간염(K77.0*)]	B58.1+
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하부호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성기관지염 상세불명의 만성기관지염	J40~J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
신 부 전	신부전	N17~N19
뇌 및 중추신경계통의 양성종양	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
간 · 담관 · 췌장의 양성종양	간의양성신생물	D13.4
	간외담관의 양성 신생물	D13.5
	췌장의 양성 신생물	D13.6
	내분비췌장의 양성 신생물	D13.7

대상이 되는 질병		분류번호
수막의 양성종양	수막의 양성 신생물	D32
기관지 · 폐의 특정질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
급성췌장염	급성췌장염	K85
버거씨병	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 15대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표17-2 23대질병 분류표

1 약관에서 규정하는 23대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 23대질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
결핵	결핵	A15~A19
	[M01.1*:결핵관절염(A18.01+)]	M01.1*
	[M49.0*:척추의 결핵(A18.00+)]	M49.0*
	[M90.0*:뼈의 결핵(A18.02+)]	M90.0*
	[N33.0*:결핵성 방광염(A18.11+)]	N33.0*
	[N74.0*:자궁경부의 결핵감염(A18.17+)]	N74.0*
	[N74.1*:여성 결핵성 골반염증질환(A18.17+)]	N74.1*
	[K67.3*:결핵성복막염(A18.30+)]	K67.3*
	[K93.0*:장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*+)]	K93.0*
	결핵의 후유증	B90
안면 신경장애	삼차신경의 장애	G50
	안면신경장애	G51
	기타 뇌신경의 장애	G52

대상이 되는 질병		분류번호
폐부종	폐부종	J81
당뇨병질환	1형당뇨병	E10
	2형당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타명시된 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
특정 호흡기질환	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84
폐질환	폐 및 종격의 농양	J85
	농흉	J86
	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
	흉막판	J92
	기흉	J93
	기타 흉막의 병태	J94
위·십이지장 궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
위공장궤양	위공장궤양	K28
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
패혈증	연쇄알균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
뇌하수체질환	뇌하수체의 기능항진	E22
	뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E23

대상이 되는 질병		분류번호
뇌 및 척수의 염증성질환	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	[A85.1+:아데노바이러스뇌염(G05.1*)]	A85.1+
	[A85.0+:엔테로바이러스뇌염(G05.1*)]	A85.0+
	[B00.4+:헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)]	B00.4+
	[B05.0+:뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)]	B05.0+
	[B26.2+:볼거리뇌염(G05.1*)]	B26.2+
	[B01.1+:수두뇌염(G05.1*)]	B01.1+
	[B02.0+:대상포진뇌염(G05.1*)]	B02.0+
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	[A06.6+:아메바성 뇌농양(G07*)]	A06.6+
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
뇌성마비	뇌성마비	G80
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
수두증	수두증	G91
수막염	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	[A39.0+:수막알균수막염(G01*)]	A39.0+
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	[A87.1+:아데노바이러스수막염(G02.0*)]	A87.1+
	[A87.0+:엔테로바이러스수막염(G02.0*)]	A87.0+
	[B00.3+:헤르페스바이러스수막염(G02.0*)]	B00.3+
	[B05.1+:수막염이 합병된 홍역(G02.0*)]	B05.1+
	[B26.1+:볼거리수막염(G02.0*)]	B26.1+
	[B01.0+:수두수막염(G02.0*)]	B01.0+
	[B02.1+:대상포진수막염(G02.0*)]	B02.1+
	[B37.5+:칸디다수막염(G02.1*)]	B37.5+
	[B38.4+:콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)]	B38.4+
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03

대상이 되는 질병		분류번호
사구체질환	급성 신염 증후군	N00
	급속 진행성 신염 증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염 증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염 증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체 장애 [당뇨병에서의사구체장애(N08.3)제외]	N08 (N08.3제외)
신세뇨관-간질질환	급성세뇨관-간질신장염	N10
	만성세뇨관-간질신장염	N11
	급성또는만성으로명시되지않은세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속유발 세뇨관-간질 및 세뇨관병태	N14
	기타신세뇨관-간질질환	N15
	달리분류된질환에서의신세뇨관-간질장애	N16
신장 및 요관의 기타장애	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
하부호흡계통 및 흉곽의 양성종양	기관의 양성 신생물	D14.2
	기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3
	상세불명의 호흡계통의 양성 신생물	D14.4
	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
용혈-요독증후군(햄버거병)	용혈-요독증후군	D59.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 23대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다.(자세한 내용은 제9차 한국표준질병·사인분류를 참고)

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보

험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표17-3 22대질병 분류표

1 약관에서 규정하는 22대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 22대질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	[H06.2*:갑상선이상성안구돌출(E05.0+)]	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
부갑상선질환	부갑상선기능저하증	E20
	부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E21
간암	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
기관지 및 폐암	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
난소암	난소의 악성 신생물	C56
특정 장질환	장의 혈관장애	K55
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐쇄	K56
	장의 게실병	K57
췌장질환	췌장의 기타 질환	K86
	달리분류된질환에서의담낭,담도및췌장의장애	K87
	[B25.2+:거대세포바이러스췌장염(K87.1*)]	B25.2+
	[B26.3+:볼거리췌장염(K87.1*)]	B26.3+
비감염성장염 및 결장염	크론병[국소성 장염]	K50
	궤양성 대장염	K51
	기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52
비장질환	비장의질환	D73
동맥 및 세동맥의 질환	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
중증근무력증	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
손목터널 증후군	손목터널증후군	G56.0

대상이 되는 질병		분류번호
단일신경병증	팔의 단일신경병증 [손목터널증후군(G56.0)제외]	G56 (G56.0제외)
	다리의 단일신경병증	G57
	기타 단일신경병증	G58
	달리 분류된 질환에서의 기타 단일신경병증	G59.8
마비	편마비	G81
	하반신마비 및 사지마비	G82
	기타 마비증후군	G83
척추변형	척주후만증 및 척주전만증	M40
	척주측만증	M41
	척추골연골증	M42
	기타 변형성 등병증	M43
척추병증	강직척추염	M45
	기타 염증성 척추병증	M46
	척추증	M47
	기타 척추병증	M48
추간판장애	경추간판장애	M50
	기타 추간판장애	M51
전신결합조직장애	결절성 다발동맥염 및 관련 병태	M30
	기타 괴사성 혈관병증	M31
	림프절외 NK/T-세포림프종, 비강형태	C86.0
	전신홍반루푸스 [기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스(M32.1) 제외]	M32 (M32.1제외)
	피부다발근염	M33
	전신경화증	M34
난소·난관의 질환	난관염 및 난소염	N70
	난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N83
갑상선 및 내분비선의 양성종양	갑상선의 양성 신생물	D34
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
골 및 관절연골의 양성종양	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
난소의 양성종양	난소의 양성 신생물	D27

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 22대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표17-4 49대질병 분류표

1 약관에서 규정하는 49대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 49대질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
관절염 및 다발관절병증	감염성 관절병증	M00~M03
	[결핵관절염(M01.1)제외]	(M01.1제외)
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	[당뇨병성관절병증(M14.2)제외]	(M14.2제외)
	[J99.0*:류마티스폐질환(M05.1+)]	J99.0*
	[M07.0*:원위지골간 건선관절병증(L40.5+)]	L40.5+
	[M09.0*:건선에서의 연소성 관절염(L40.5+)]	L40.5+
관절증	다발관절증	M15
	고관절증	M16
	무릎관절증	M17
	제1수근중수관절의 관절증	M18
	기타 관절증	M19
관절장애	무릎뼈의 장애	M22
	무릎의 내부장애	M23
	기타 특정 관절장애	M24
	달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M25
누적 외상성 질환	결합조직의 기타 전신침범	M35
	경추상완증후군	M53.1
	근육 장애	M60~M63
	윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
	기타 연조직장애	M70~M79 (M74,M78제외)
황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3

대상이 되는 질병		분류번호
눈 및 눈부속기의 특정질환	공막,각막,홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
	눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애(H59.8) 중 미만성 층판성 각막염 주) H59.8(눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애) 중 미만성 층판성 각막염에 한함	H59.8주)
	맥락막 및 망막의 장애	H30~H36
	[배경망막병증 망막혈관변화(H35.0) 중 고혈압성 망막병증 제외] 주) H35.0(배경망막병증 망막혈관변화) 중 고혈압성 망막병증만 보상에서 제외	(H35.0주) 제외)
	[황반 및 후극부의 변성(H35.3) 제외]	(H35.3제외)
	[당뇨병성 망막병증(H36.0)제외]	(H36.0제외)
시신경 및 시각경로의 장애	시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48
유리체의 장애	유리체의 장애	H43
중이염	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
중이및유돌의 질환	귀인두관염 및 귀인두관 폐색	H68
	귀인두관의 기타 장애	H69
	유돌염 및 관련 병태	H70
	중이의 진주종	H71
	고막의 천공	H72
	고막의 기타 장애	H73
	중이 및 유돌의 기타 장애	H74
	달리 분류된 질환에서의 중이 및 유돌의 기타 장애	H75
내이의 질환	내이의 질환	H80~H83
림프절염	비특이성 림프절염	I88
	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
통풍	통풍	M10
사지 후천변형	손가락 및 발가락의 후천변형	M20
	사지의 기타 후천변형	M21
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82

대상이 되는 질병		분류번호
뼈의병증	골수염	M86
	골괴사	M87
	뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
	뼈의 기타 장애	M89
	수데크위축	G90.5
연골병증	고관절 및 골반의 연소성 골연골증	M91
	기타 연소성 골연골증	M92
	기타 골연골병증	M93
	연골의 기타 장애	M94
식도질환	식도염	K20
	위-식도역류병	K21
	식도의 기타 질환	K22
	달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K23
위십이지장 질환	위염 및 십이지장염	K29
담낭담도질환	담낭염	K81
	담낭의 기타 질환	K82
	담도의 기타 질환	K83
담석증	담석증	K80
복막의질환	복막염	K65
	복막의 기타 장애	K66
	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애	K67
	[결핵성복막염(K67.3)제외]	(K67.3 제외)
사타구니탈장	사타구니탈장	K40
특정부위의 탈장	대퇴탈장	K41
	배꼽탈장	K42
	복벽탈장	K43
	횡격막탈장	K44
	기타 복부탈장	K45
	상세불명의 복부탈장	K46
급성상기도감염	급성 상기도감염	J00~J06
축농증	만성 부비동염	J32
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코용종	J33
	코 및 비동의 기타 장애	J34

대상이 되는 질병		분류번호
인후부위특정 질환	편도주위농양	J36
	만성 후두염 및 후두기관염	J37
	달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
	상기도의 기타질환	J39
방광의결석	방광의 결석	N21.0
비뇨계통의 기타질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
	[결핵성방광염(N33.0)제외]	(N33.0제외)
	달리 분류된 질환에서의 요도장애	N37
	비뇨계통의 기타 장애 [스트레스요실금(N39.3)제외] [기타명시된요실금(N39.4)제외]	N39 (N39.3제외) (N39.4제외)
전립선 질환	전립선증식증	N40
	전립선의 염증성 질환	N41
	전립선의 기타 장애	N42
남성 생식기관의 질환	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
여성 골반내기관의 염증성 질환	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
	자궁경부의 염증성 질환	N72
	기타 여성골반염증질환	N73
	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애	N74
	[자궁경부의결핵감염(N74.0)제외)] [여성결핵성골반염증질환(N74.1)제외]	(N74.0제외) (N74.1제외)
	바르톨린선의 질환	N75
	질 및 외음부의 기타 염증	N76
	달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77

대상이 되는 질병		분류번호
여성생식관의 비염증성 질환	자궁내막증	N80
	여성생식기탈출	N81
	여성생식관을 침범한 누공	N82
	여성생식관의 용종	N84
	자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
	자궁경부의 미란 및 외반	N86
	자궁경부의 이형성	N87
	자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
	질의 기타 비염증성 장애	N89
	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
	무월경,소량및희발월경	N91
	과다,빈발및불규칙월경	N92
	기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
	여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타병태	N94
	폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95
소화계통의 양성종양	식도의 양성 신생물	D13.0
	위의 양성 신생물	D13.1
	십이지장의 양성 신생물	D13.2
	기타 및 상세불명 부분 소장의 양성 신생물	D13.3
	부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13.9
상부호흡계통의 양성종양	중이, 비강 및 부비동의 양성 신생물	D14.0
	후두의 양성 신생물	D14.1
조직의 양성종양	중피조직의 양성 신생물	D19
	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
생식기 양성종양	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
	남성생식기관의 양성 신생물	D29
비뇨기관의 양성종양	비뇨기관의 양성 신생물	D30
눈의 양성종양	각막의 양성 신생물	D31.1
	망막의 양성 신생물	D31.2
	맥락막의 양성 신생물	D31.3
	섬모체의 양성 신생물	D31.4

대상이 되는 질병		분류번호
유방의 장애	양성 유방형성이상	N60
	유방의 염증성 장애	N61
	유방의 비대	N62
	유방의 상세불명의 덩이	N63
	유방의 기타 장애	N64
유방의 양성종양	유방의 양성 신생물	D24
안와의 장애	안와의 장애	H05
외이의 질환	외이의 질환	H60-H62
다한증	다한증	R61
위암	위의 악성 신생물	C16
갑상선암	갑상선의 악성 신생물	C73
특정소화기 질환	위 및 십이지장의 기타 질환	K31
	[위 및 십이지장의 용종(K31.7) 제외]	(K31.7 제외)

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 49대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표17-5 백내장 분류표

1 약관에서 규정하는 백내장으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 백내장 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 백내장 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표17-6 6대질병 분류표

1 약관에서 규정하는 6대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 6대질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
수면무호흡증	수면무호흡	G47.3
식도정맥류	식도정맥류	I85
요도결석증	요도결석	N21.1
	기타 하부요로결석	N21.8
	상세불명의 하부요로결석	N21.9
신장 및 요관의 결석	신장 및 요관의 결석	N20
치핵 및 항문주위 정맥혈전증	포함: 치질 제외: 합병증 (출산 및 산후기(O87.2),임신(O22.4))	K64
치열 및 치루	항문 및 직장부의 열창 및 누공	K60
	항문 및 직장부의 농양	K61

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 6대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표18 림프종 · 백혈병 관련암 분류표

1 약관에서 규정하는 림프종 · 백혈병 관련암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국

표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 림프종·백혈병 관련암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
호지킨림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙 T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
악성 면역증식성 질환	C88
다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95
림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96
만성 골수증식질환	D47.1
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 림프종·백혈병 관련암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표19 특정 신체부위·질병 분류표III

별표19-1 특정 신체부위 분류표III

코드	특 정 부 위
201	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)

코드	특 정 부 위
202	식도
203	위, 십이지장
204	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
205	대장(맹장, 직장 제외)
206	직장
208	간
210	췌장
211	비장
212	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
213	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
214	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
215	인두 및 후두(편도 포함)
216	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
219	신장
221	요관, 방광 및 요도
222	전립선
225	유방(유선 포함)
226	자궁(자궁체부(자궁몸통) 포함)
228	질 및 외음부
227	난소 및 난관
224	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
217	갑상선
218	부갑상선
229	피부(두피 및 입술 포함)
230	상·하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
231	경추부(해당신경 포함)
232	흉추부(해당신경 포함)
233	요추부(해당신경 포함)
234	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
235	쇄골
236	늑골(갈비뼈)
237	왼쪽 어깨
238	오른쪽 어깨
239	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
240	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
241	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)

코드	특 정 부 위
242	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
243	왼쪽 고관절
244	오른쪽 고관절
245	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
246	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
247	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
248	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
207	항문
209	담낭(쓸개) 및 담관
220	부신
223	음경
249	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변) (서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
250	자궁체부(자궁몸통) (제왕절개술을 받은 경우에 한함)

별표19-2 특정 질병 분류표III

약관에 규정하는 특정 질병 분류표III로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

코드	특 정 질 병	분류코드
301	담석증	K80
302	요로결석증	N20~N23
303	등병증	M40~M43, M45~M51, M53~M54
304	결핵	A15~A19, M01.1*, M49.0*, M90.0*, N33.0*, N74.0*, N74.1*, K67.3*, K93.0*
305	하지의 정맥류	I83
306	골반염	N73~N74, A18.17+
307	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	류마티스폐질환	J99.0*
	기타 골연골병증	M93
	연골의 기타 장애	M94
308	심장질환	I00~I02, I05~I09, I11, I13, I20~I25, I26~I28, I30~I52, I97, P29, Q20~Q26, R00~R01, R57, R93, B37.6+, A39.5+

코드	특 정 질 병	분류코드
309	뇌혈관질환	I60~I69, G45~G46, Q28
310	고혈압질환	I10~I13, I15, O11, O13, O14
311	당뇨(혈당치 상승 포함)	E10~E14, O24, R73
312	지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78
313	자궁내막증	N80
314	통풍	E79, M10
315	사시	H49~H51
316	백내장	H25~H27
317	탈장(음낭수종 및 정액류 포함)	K40~K46, N43
318	골다공증	M80~M82
319	복막의 질환	K65~K67
321	천식	J44~J46
322	바르톨린선의 질환	N75
323	암	-

주) 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

별표20 신표적항암약물허가치료비 분류표

별표20-1 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

1 아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 2월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "표적항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 "효능효과"를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
2	아칼라브루티닙 acalabrutinib	칼퀀스캡슐100밀리그램(아칼라브루티닙)
3	아파티닙이말레산염 apatinibmesylate	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
5	알렉티닙염산염 (미분화) alectinib hydrochloride	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
6	알펠리십 Alpelisib	피크레이정50밀리그램(알펠리십)
		피크레이정150밀리그램(알펠리십)
		피크레이정200밀리그램(알펠리십)
7	아미반타맙 Amivantamab	리브리반트주(아미반타맙)
8	레날리도마이드무수물 lenalidomide	레날리드정(레날리도마이드)
9	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
10	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
11	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
12	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)
		아림시스주(베바시주맙)
13	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주 35마이크로그램 (블리나투모맙, 유전자재조합)
14	보르테조밉일수화물 bortezomib	화이자보르테조밉주3.5밀리그램 (보르테조밉일수화물)
15	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
16	브렌툭시맙베도틴 brentuximabvedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
17	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
18	카보잔티닙(S)-말산염 cabozantinib-s-malate	카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
19	카프마티닙염산염일수화물 CapmatinibHydrochlorideMonohydrate	타브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
20	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
21	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
22	세툭시맙 CETUXIMAB	얼비툭스주 5mg/mL (세툭시맙)
23	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
24	다브라페닙메실산염 (미분화) dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
25	다코미티닙수화물 dacomitinib	비짐프로정15밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정45밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
26	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
		다잘렉스피하주사(다라투무맙)
27	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
28	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
29	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
30	엔트렉티닙 Entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
31	엘로티닙염산염 erlotinib	타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
32	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
		에리니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정2.5밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정5밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정10밀리그램(에베로리무스)
33	게피티니브 gefitinib	이레사정(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		레피사정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
34	겜투주맙오조가마이신 GemtuzumabOzogamicin	마일로탁주4.5밀리그램(겜투주맙오조가마이신)
35	길테리티닙푸마르산염 Gilteritinibfumarate	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
36	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
37	이매티닙메실산염 imatinibmesylate	글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
38	이노투주맙오조가마이신 Inotuzumab0zogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
39	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
40	이사툭시맙 isatuximab	살클리사주(이사툭시맙)
41	익사조밉시트레이트 ixazomibcitrate	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
42	라파티닙 디토실레이트 lapatinibditosylate	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
43	라로트렉티닙황산염 LarotrectinibSulfate	비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비액(라로트렉티닙황산염)
44	레이저티닙메실산염일수화물 LazertinibMesylateMonohydrate	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
45	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐25mg(레날리도마이드) 레날도캡슐20mg(레날리도마이드) 레날도캡슐15mg(레날리도마이드) 레날도캡슐10mg(레날리도마이드) 레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드) 레블리킨캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
46	레날리도마이드반수화물 lenalidomide	레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
47	레날리도마이드수화물 lenalidomide	레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
48	렌바티닙메실산염 lenvatinibmesilate	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염) 렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
49	롤라티닙 Lorlatinib	로비큐아정25밀리그램(롤라티닙) 로비큐아정100밀리그램(롤라티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
50	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
51	네라티닙말레산염 NeratinibMaleate	너링스정(네라티닙말레산염)
52	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐50밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
53	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
54	니볼루맙(유전자재조합) nivolumab	옵디보주100mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주20mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
55	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
56	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립) 린파자정150밀리그램(올라파립) 린파자정100밀리그램(올라파립)
57	오시머티닙메실산염 osimertinibmesylate	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염) 타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
58	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐75mg(팔보시클립) 입랜스캡슐125mg(팔보시클립) 입랜스캡슐100mg(팔보시클립) 입랜스정75밀리그램(팔보시클립) 입랜스정125밀리그램(팔보시클립) 입랜스정100밀리그램(팔보시클립)
59	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염) 보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
60	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙, 유전자재조합)
61	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
62	퍼투주맙,트라스투주맙Pertuzumab,Trastuzumab	페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙) 페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
63	폴라투주맙 베도틴 PolatuzumabVedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
64	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
65	포나티닙 염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
66	라도티닙염산염 radotinibhydrochloride	슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
67	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라무시루맙, 유전자재조합)
68	레고라페닙일수화물 REGORAFENIB	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
69	리보시클립숙신산염 ribociclib	키스칼리정200밀리그램(리보시클립숙신산염)
70	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
71	룩소리티닙인산염 ruxolitinibphosphate	자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
72	셀리넥서 Selinexor	엑스포비오정20밀리그램(셀리넥서)
73	실툭시맙 (단클론항체, 유전자재조합) siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
74	소라페닙토실레이트(미분화) sorafenibtosylate	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라닙정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
75	소토라십 Sotorasib	루마크라스정120밀리그램(소토라십)
76	수니티닙말산염 sunitinibmalate	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
77	탈라조파립토실산염 Talazoparibtosylate	탈제나캡슐1밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐0.25밀리그램(탈라조파립토실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
78	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
79	테포티닙염산염수화물 TepotinibHydrochlorideHydrate	텝메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
80	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
81	티라브루티닙염산염 TirabrutinibHydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)
82	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
83	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
84	트라스투주맙 trastuzumab	허셉틴주150밀리그람(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		오기브리주150밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주440밀리그램(트라스투주맙)
85	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
86	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
87	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
88	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
89	베무라페닙혼합물 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
90	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)
91	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
92	헤미푸마르산코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
93	엘로투주맙 elotuzumab	엠플리시티주300밀리그램 (엘로투주맙, 유전자재조합)
		엠플리시티주400밀리그램 (엘로투주맙, 유전자재조합)
94	올무티닙염산염일수화물 olmutinibhcimonohydrate	올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
		올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물)

별표20-2 갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

1 아래 "갑상선암호르몬치료제" 해당 의약품명 및 성분명은 2020년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "갑상선암호르몬치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 "효능효과"를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "갑상선암호르몬치료제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신 Levothyroxine	씬지로이드정0.025밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.0375밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.05밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.075밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.112밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.15밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.1밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.2밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정100마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정88마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		콤지로이드정(부광리오트릭스정)
2	리오티로닌 Liothyronine	테트로닌정5마이크로그램(리오티로닌나트륨)
		엘트릭스정

별표20-3 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명

1 아래 "특정면역항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 2월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "특정면역항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 "효능효과"를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "특정면역항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

작용기전 분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
면역관문 억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙(유전자재조합) nivolumab	옵디보주100mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주20mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙, 유전자재조합)
	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
항체약물 중합체 항암치료제	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
	브렌툭시맙베도틴 brentuximabvedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
	이노투주맙오조가마이신 InotuzumabOzogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조가마이신 GemtuzumabOzogamicin	마일로탁주4.5밀리그램(겜투주맙오조가마이신)
	폴라투주맙베도틴 PolatuzumabVedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
카티항암치료제	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)

별표21	[의료법 시행규칙 별표 4] 의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 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, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 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), 심전도 기록기, 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(신생아중환자실의 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.

별표22 위 · 십이지장 양성종양 및 용종 분류표

1 약관에서 규정하는 위 · 십이지장 양성종양 및 용종으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 위 · 십이지장 양성종양 및 용종 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
위의 양성 신생물	D13.1
십이지장의 양성 신생물	D13.2
위 및 십이지장의 용종	K31.7

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 위 · 십이지장 양성종양 및 용종 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류

에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표23 대장 양성종양 및 용종 분류표

1 약관에서 규정하는 대장 양성종양 및 용종으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대장 양성종양 및 용종 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
맹장의 양성 신생물	D12.0
충수의 양성 신생물	D12.1
상행결장의 양성 신생물	D12.2
횡행결장의 양성 신생물	D12.3
하행결장의 양성 신생물	D12.4
구불결장의 양성 신생물	D12.5
상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
직장의 양성 신생물	D12.8
직장용종	K62.1
결장의 용종	K63.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대장 양성종양 및 용종 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표24 특정법정감염병 분류표

약관에서 규정하는 특정법정감염병으로 분류되는 질병은 "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률[시행 2022.1.13] [법률 제17893호, 2021.1.12., 타법개정]" 제2조(정의)에 해당하는 질병 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병
특정법정 감염병 I	콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염,
특정법정 감염병 II	디프테리아, 백일해, 파상풍, 홍역, 유행성이하선염, 풍진, 폴리오, 일본뇌염

구분	대상이 되는 질병
특정법정 감염병III	말라리아, 성홍열, 수막구균감염증, 레지오넬라증, 비브리오패혈증, 발진티푸스, 발진열, 쯔쯔가무시증, 렙토스피라증, 브루셀라증, 탄저, 공수병, 신증후군출혈열, 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종 크로이츠펠트-야콥병(vCJD)
특정법정 감염병IV	페스트, 황열, 뎅기열, 두창, 보툴리눔독소증, 중증 급성호흡기증후군(SARS), 야토병, 큐열(Q열), 웨스트나일열, 라임병, 진드기매개뇌염, 유비저, 치쿤구니야열

주) 1. "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률[시행 2022.1.13] [법률 제17893호, 2021.1.12., 타법개정]" 제2조(정의) 중 "대상이 되는 질병" 이외의 감염병은 보장하지 않습니다.
2. 향후 "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률" 및 "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙"이 개정되어 신규로 추가되는 법정감염병이 생기더라도 "대상이 되는 질병"에서 나열한 감염병만 보장되며, 신규로 추가되는 법정감염병을 보장하지 않습니다.
3. 향후 "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률" 및 "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙"이 개정되어 제외되는 감염병이 생기더라도 신고여부와 상관없이 특정법정감염병의 보장대상에서는 제외되지 않습니다.

별표24-1 감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관

대상이 되는 특정법정감염병의 감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관은 "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률" [시행 2022. 1. 13.] [법률 제17893호, 2021. 1. 12., 타법개정] 제16조의2(감염병병원체 확인기관)에서 정한 기관을 말하며, 세부내용은 다음을 말합니다.

1. 질병관리청
2. 국립검역소
3. "보건환경연구원법" 제2조에 따른 보건환경연구원
4. "지역보건법" 제10조에 따른 보건소
5. "의료법" 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관
6. "고등교육법" 제4조에 따라 설립된 의과대학 중 진단검사의학과가 개설된 의과대학
7. "결핵예방법" 제21조에 따라 설립된 대한결핵협회(결핵환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
8. "민법" 제32조에 따라 한센병환자 등의 치료·재활을 지원할 목적으로 설립된 기관(한센병환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
9. 인체에서 채취한 가검물에 대한 검사를 국가, 지방자치단체, "의료법" 제3조에 따른 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다) 등으로부터 위탁받아 처리하는 기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관

주) 1. 향후 "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙"이 개정되어 "감염병의 병원체를 확인할 수 있는기관"의 내용이 변경된 경우, 변경된 내용을 적용합니다.
2. 향후 "감염병의 예방 및 관리에 관한 법률" 등 관계법령에서 제외되는 감염병이 생기는 경우 해당 감염병은 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.

별표25	여성생식기암 분류표

1 약관에서 규정하는 여성생식기암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성생식기암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
여성생식기관의 악성신생물	C51~C58
여성생식기관의 제자리암종	
자궁경부의 제자리암종	D06
자궁내막의 제자리암종	D07.0
외음의 제자리암종	D07.1
질의 제자리암종	D07.2
기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 제자리암종	D07.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 여성생식기암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표26 유방수술 분류표

약관에서 규정하는 유방수술비의 유방수술은 국제의료행위 분류표(ICD. 9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.
(국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)이 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다)

대상이 되는 항목	수술 및 처치코드
유방수술	85.
단, 아래 의료 행위는 제외	
(유방의 진단적 처치)	(85.1)
(유방의 흡인)	(85.91)
(유방내 치료약물의 주입)	(85.92)

별표27 유방암 분류표

1 약관에서 규정하는 유방암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 유방암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
유방의 악성신생물(암)	C50

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 유방암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표28 요실금 분류표

1 약관에서 규정하는 요실금으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 요실금 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병		분류번호
요실금	스트레스 요실금	N39.3
	기타명시된 요실금	N39.4
	상세불명의 요실금	R32

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 요실금 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표29 요실금수술 분류표

약관에서 규정하는 요실금수술(급여)는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대상이 되는 항목		수술
요실금수술	요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
	요실금수술-질강을 통한 수술-자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
	요실금수술 질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

별표30	치아파절 분류표

1 약관에서 규정하는 치아파절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 치아파절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
치아의 파절	S02.5

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 치아파절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표31	중대한심혈관수술

Ⅰ. 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft 또는 CABG)

1. 관상동맥우회술이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.

2. 관상동맥확장술(인공혈관 등)과 다른 모든 내부동맥에 활용된 카테터(Catheter) 및 레이저 시술이나 개흉술을 동반하지 않은 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
   예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반제술(Rotational Atherectomy)

3. 제1항의 관상동맥우회술은 혈관촬영법을 통해 현격한 관상동맥의 협착에 대한 근거를 제공하여야 하며 그 시술이 의학적으로 반드시 필요하다는 심장병전문의사의 판단이 있어야 합니다.

Ⅱ. 심장판막수술(Heart Valve Surgery)

1. 심장판막수술이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두가지 기준 중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.
   가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여주는 수술
   나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

2. 그러나, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
   가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
      예) 경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)
   나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

Ⅲ. 대동맥류인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

1. 대동맥류인조혈관치환수술이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 수술을 말합니다. 여기에서 "대동맥"이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.

2. 그러나, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
   예) 경피적혈관내 대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

별표32	통풍 분류표

1 약관에서 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통풍 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
통풍	M10

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 통풍 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표33	요로결석 분류표

1 약관에서 규정하는 요로결석으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 요로결석 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
신장 및 요관의 결석	N20
하부요로의 결석	N21

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 요로결석 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표34	1~5종수술Ⅱ 분류표

1. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
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)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1

구분	수술명	수술 종류
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 치과처치 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(灣曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 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 수반하는것]	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 수반하는것]	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
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

구분	수술명	수술 종류
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
	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

구분	수술명	수술 종류
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 제외)	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 제외함]	1

구분	수술명	수술 종류
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 · 요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺) · 부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3

구분	수술명	수술 종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] [시력회복 및 시력개선목적의 수술은 제외]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3

구분	수술명	수술 종류
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

2. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
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, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

수술명	수술 종류
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 "1. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술" 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술 종류
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

주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

[1~5종수술II 분류표 사용 지침]

1. "수술"이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 치과의사 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 "1~5종수술II 분류표"에 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. "수술"은 의료기구를 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 제도 변경시에는 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,

NerveBlock)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. "1~5종수술II 분류표" 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
   : "1~5종수술II 분류표"에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

   1) "1~5종수술II 분류표" 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 "1~5종수술II 분류표" 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 "1~5종 수술II 분류표" 중 "1. 일반 질병 및 상해 치료 목적의 수술" 88항 (악성신생물의 경우는 "2. 악성신생물 치료 목적의 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. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

별표34-1	1~5종수술Ⅲ 분류표

1. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
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)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1

구분	수술명	수술 종류
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, 수면중 무호흡 수술은 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 수반하는것]	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 수반하는것]	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
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

구분	수술명	수술 종류
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
	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

구분	수술명	수술 종류
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 제외)	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 제외함]	1

구분	수술명	수술 종류
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·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3

구분	수술명	수술 종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] [시력회복 및 시력개선목적의 수술은 제외]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3

구분	수술명	수술 종류
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) * 단, 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술은 1종으로 분류합니다.	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

2. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
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, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 "1. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술" 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술 종류
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

주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

[1~5종수술Ⅲ 분류표 사용 지침]

1. "수술"이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 치과의사 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 "1~5종수술III 분류표"에 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. "수술"은 의료기구를 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 제도 변경시에는 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, NerveBlock)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. "1~5종수술III 분류표" 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
   : "1~5종수술III 분류표"에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

   1) "1~5종수술III 분류표" 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 "1~5종수술III 분류표" 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 "1~5종수술III 분류표" 중 "1. 일반 질병 및 상해 치료 목적의 수술" 88항 (악성신생물의 경우는 "2. 악성신생물 치료 목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니

다.

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. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

별표35 여성생식기관련(자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암 분류표

1 약관에 규정하는 여성생식기관련(자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성생식기관련(자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
외음의 악성 신생물	C51
질의 악성 신생물	C52
자궁경부의 악성 신생물	C53
자궁체부의 악성 신생물	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
난소의 악성 신생물	C56
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
태반의 악성 신생물	C58

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 여성생식기관련(자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된

것을 인정합니다.

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

별표36 6대기관 양성종양 및 용종 분류표

1 약관에서 규정하는 6대기관 양성종양 및 용종으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 6대기관 양성종양 및 용종 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
간, 담관 및 췌장	간의 양성신생물, 간내담관의 양성신생물	D13.4
	간외담관의 양성신생물	D13.5
	췌장의 양성신생물	D13.6
기관지 및 폐	기관지 및 폐의 양성신생물	D14.3
갑상선	갑상선의 양성신생물	D34
남성생식기관	남성생식기관의 양성신생물	D29
여성생식기관	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성신생물	D26
	난소의 양성신생물	D27
	기타 및 상세불명 여성생식기관의 양성신생물	D28
	여성생식관의 용종	N84

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 6대기관 양성종양 및 용종 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표37	6대기관 양성종양 및 용종 수술 분류표

약관에서 규정하는 6대기관 양성종양 및 용종 수술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
내시경 종양제거 수술		Q7611~Q7789, QX706
간	간농양(낭종) 수술	
	가. 개복에 의한 흡입 또는 주입술	Q7211
	나. 배액을 위한 간절개술	Q7212
	다. 조대술	Q7213
	라. 낭종적출술	Q7214
담낭 및 담도	담도낭종수술	
	가. 우회술	Q7331
	나. 절제술	Q7332
	담도종양수술	
	가. 양성	Q7341
췌장	췌장가성낭종수술	
	가. 조대술	Q7541
	나. 외부배액법	Q7542
	다. 내부배액법	Q7543
	췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
폐	폐쐐기절제술	
	가. 단일	01401
	나. 2-3개	01403
	다. 4-5개	01404
	라. 6개 이상	01405
	폐구역절제술	01410
	폐엽절제술	
	가. 단일폐엽절제술	01421
	나. 쌍폐엽절제술	01422
	다. 폐엽과 폐구역절제술	01423
	라. 소매폐엽절제술	01424

대상이 되는 항목		수가코드
갑상선	갑상선수술	
	가. 갑상선엽 전절제술	
	(1) 편측	P4551
	(2) 양측	P4552
	나. 갑상선엽 아전절제술	
	(1) 편측	P4553
	(2) 양측	P4554
	갑상선설관낭종절제술	P4558
남성 생식기관	외성기 종양적출술	
	가. 양성	R4001
여성 생식기관	외음부 종양적출술	
	가. 양성	R4066
	질 종양적출술	
	가. 양성	R4070
	자궁근종절제술	
	가. 복부접근	
	(1) 단순	R4124
	(2) 복잡	R4127
	나. 질부접근	R4123
	다. 복강경술	
	(1) 단순	R4128
	(2) 복잡	R4129
	자궁경하 자궁근종절제술	
	가. 3㎝ 미만	R4125
	나. 3㎝ 이상(다발성 포함)	R4126
	자궁경관점막폴립절제술	R4240
	자궁경하 자궁내막폴립절제술	R4241
	부속기 종양 적출술	
	가. 양성	R4421

별표38 대상포진 분류표

1 약관에서 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
대상포진	B02

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표39 대상포진눈병 분류표

1 약관에서 규정하는 대상포진눈병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
대상포진눈병	B02.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표40 특정바이러스질환 분류표

1 약관에서 규정하는 특정바이러스질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정바이러스질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
급성 C형 간염	B17.1
델타-병원체가 있는 만성 바이러스 B형간염	B18.0
델타-병원체가 없는 만성 바이러스 B형간염	B18.1
만성 바이러스 C형 간염	B18.2
감염성 및 기생충성 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B20
악성 신생물을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B21
기타 명시된 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B22
기타 병태를 유발한 사람면역결핍바이러스병	B23
상세불명의 사람면역결핍바이러스병	B24

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정바이러스질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표41 신경차단·파괴술 분류표

약관에서 규정하는 신경차단·파괴술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제6장(마취료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
신경차단술	**지주막하 신경차단술**	LA210
	경막외 신경차단술	
	가. 일회성차단	
	(1) 경추 및 흉추	LA321
	(2) 요추 및 천추	LA322

대상이 되는 항목		수가코드
	나. 지속적 차단	
	(1) 피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법	LA222, LA223
	(2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법	LA224, LA225
	(3) 기타(비터널식카테터)에 의한 방법	LA226, LA227
	다. 경막외패치술 [혈액채취료 포함]	LA228
	경막외 저장기펌프 제거술	LA330
	뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	
	가. 삼차신경절, 상악신경, 하악신경	LA340
	나. 삼차신경의 분지	LA341
	다. 안면신경	LA232
	라. 설인신경	LA233
	마. 접구개신경절	LA234
	척수신경말초지차단술	
	가. 대소후두신경	LA241
	나. 상후두신경	LA242
	다. 후두신경	LA243
	라. 횡격막신경	LA244
	마. 척추부신경	LA245
	바. 액와신경	LA346
	사. 액와하부신경	LA347
	아. 견갑신경	LA247
	자. 늑간신경	LA248
신경 차단술	차. 장골서혜신경	LA249
	카. 장골하복신경	LA270
	타. 음부신경	LA271
	파. 좌골신경	LA272
	하. 폐쇄신경	LA273
	거. 대퇴신경	LA274
	너. 외측대퇴피신경	LA275
	더. 상박신경총	LA276
	척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	
	가. 경신경총	LA251
	나. 방척추신경	LA352
	다. 미골신경	LA353
	라. 선택적 신경근	LA354
	마. 척추후근신경절	LA355
	바. 척수회백신경교통지	LA356

대상이 되는 항목		수가코드
	사. 요천골신경총	LA253
	아. 척수신경 후지	LA357
	자. 후지내측지	LA358
	차. 추간관절차단	LA359
	교감신경총 및 신경절차단술	
	가. 간단한 것	LA261
	나. 복잡한 것	
	(1) 흉부교감신경절	LA361
	(2) 요부교감신경절	LA362
	(3) 복강신경총	LA264
	(4) 하장간막신경총	LA265
	(5) 상하복신경총	LA366
	(6) 외톨이신경절	LA367
신경 파괴술	**지주막하 신경파괴술**	LB310
	경막외 신경파괴술	LB320
	뇌신경 및 뇌신경말초지파괴술	
	가. 삼차신경절 파괴술	LB331
	나. 기타 뇌신경말초지파괴술	
	(1) 삼차신경 및 그 분지	LB333
	(2) 안면신경	LB334
	(3) 설인신경	LB335
	(4) 접구개신경절	LB336
	척수신경 및 말초지파괴술	
	가. 척추신경근	LB341
	나. 척추신경절	LB342
	다. 척추신경총	LB343
	라. 늑간신경	LB344
	마. 척추관절돌기신경	LB345
	바. 음부신경	LB346
	교감신경절 및 신경총 파괴술	
	가. 성상신경절	LB351
	나. 흉부 교감신경절	LB412
	다. 요부 교감신경절	LB413
	라. 복강신경총 및 내장신경	LB353
	마. 상하복신경총	LB354
	바. 하장간막신경총	LB355

별표42 심근병증 분류표

1 약관에서 규정하는 심근병증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심근병증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 심근병증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표43 뇌전증 분류표

1 약관에서 규정하는 뇌전증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌전증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
뇌전증	G40
뇌전증지속상태	G41

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌전증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표44 2대질환 분류표

1 약관에서 규정하는 2대질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 2대질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
뇌질환	**뇌혈관질환**	
	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	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 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
	두개내손상	
	두개내손상	S06
	뇌전증	
	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
	일과성허혈발작	
	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
	파킨슨병	
	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
	뇌수막염	
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
심장질환	**허혈심장질환**	
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속 심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	대동맥류 및 대동맥류 박리	
	대동맥동맥류 및 박리	I71

대상이 되는 항목		분류번호
	흉부 혈관 및 심장의 손상	
	흉부 혈관의 손상	S25
	심장의 손상	S26
	기타 형태의 심장병	
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판 장애	I34
	비류마티스성 대동맥판 장애	I35
	비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	폐동맥판 장애	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 전도 장애	I45
	심장 정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
	류마티스 심장질환	
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
심장질환	류마티스성 승모판 질환	I05
	류마티스성 대동맥판 질환	I06
	류마티스성 삼첨판 질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 2대질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표45 2대질환 검사 분류표

약관에서 규정하는 2대질환 검사는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
뇌CT	일반 전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하지 않는 경우	HA451
	일반 전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하는 경우	HA461
	일반 전산화단층영상진단-두부-이중, 삼중, 삼차원 CT, CT혈관조영, 관절강내조영촬영, Cine, 뇌조CT	HA471
	일반 전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
	일반 전산화단층영상진단-두부-중재적시술유도 제2회부터	HA851

대상이 되는 항목		수가코드
뇌MRI	자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-촬영료 등	HI101
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-촬영료 등	HI135
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI201
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI235
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI301
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI501
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI535
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-판독료	HJ101
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-판독료	HJ135

대상이 되는 항목		수가코드
뇌MRI	자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ201
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ235
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ301
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료병위 및 위치결정 등)-판독료	HJ401
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ501
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ535
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ601
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ635
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-전문의	HJ701
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ735
뇌척수액검사	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000

대상이 되는 항목		수가코드
뇌파검사	각성뇌파검사-18채널미만	F6141
	각성뇌파검사-18채널미만(이동뇌파를실시한경우)	F6142
	각성뇌파검사-18채널이상	FA141
	각성뇌파검사-18채널이상(이동뇌파를실시한경우)	FA142
	수면뇌파검사-18채널미만	F6145
	수면뇌파검사-18채널미만(각성뇌파검사와동시에실시한경우)	F6144
	수면뇌파검사-18채널이상	FA145
	수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와동시에실시한경우)	FA144
	특수뇌파검사-약물또는물리적유발뇌파검사-18채널미만	F6147
	특수뇌파검사-약물또는물리적유발뇌파검사-18채널이상	FA147
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 미만	F6148
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 이상	FA148
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 이상-나비뼈전극뇌파검사를 실시한 경우	F6140
	보행뇌파검사-4시간이상8시간이하	F6143
	보행뇌파검사-8시간초과	F6146
	지속적 뇌파 감시[1일당]	F6149
	지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널미만	F6151
	지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널이상	F6153
	지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널미만	F6152
	지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널이상	F6154
심장CT	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-고해상력	HA424
	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우	HA434
	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우	HA464
	일반전산화단층영상진단-흉부-이중,삼중,삼차원CT, CT혈관조영,관절강내조영촬영,Cine CT	HA474
	일반전산화단층영상진단-흉부-제한적 CT	HA444
	일반전산화단층영상진단-흉부-중재적시술유도 제2회부터	HA834

대상이 되는 항목		수가코드
심장MRI	자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-촬영료 등	HI124
	자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI224
	자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도제 2회부터-촬영료 등	HI324
	자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-판독료	HJ124
	자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ224
	자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도제 2회부터-판독료	HJ324
	자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ624
	자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-전문의	HJ724
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-촬영료 등	HI140
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI240
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI540
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-판독료	HJ140
심장MRI	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ240
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ540
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ640
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ740

대상이 되는 항목		수가코드
심장초음파 검사	심장-선천성 심질환 경흉부 심초음파	EB430
	심장-경흉부 심초음파-단순	EB431
	심장-경흉부 심초음파-일반	EB432
	심장-경흉부 심초음파-전문	EB433
	심장-부하 심초음파-약물부하	EB434
	심장-부하 심초음파-운동부하	EB435
	심장-태아정밀 심초음파	EB436
	심장-경식도 심초음파	EB611
	심장-선천성 심질환 경식도 심초음파	EB610
	심장-심장내 초음파	EB612

별표46 2대질환 혈관조영술 분류표

약관에서 규정하는 2대질환 혈관조영술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
뇌혈관조영술	두경부동맥조영-추골동맥	HA601
	두경부동맥조영-총경동맥	HA602
	두경부동맥조영-외경동맥	HA603
	두경부동맥조영-내경동맥	HA604
	두경부동맥조영-내경동맥폐색검사(조영술료 포함)	HA606
	두경부동맥조영-전뇌동맥	HA605
관상동맥 조영술	흉부동맥조영-우심방조영	HA610
	흉부동맥조영-우심실조영	HA611
	흉부동맥조영-좌심실조영	HA612
	흉부동맥조영-좌심방조영	HA613
	관상동맥조영	HA670
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥 조영촬영포함]	HA680
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥 조영촬영포함]-2개혈관부터 최대 3개혈관	HA681
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥조영촬영포함]과 동시촬영된 좌심실조영촬영	HA682

별표47 독감(인플루엔자) 분류표

1 약관에서 규정하는 독감(인플루엔자)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 독감(인플루엔자) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 독감(인플루엔자) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표48 간경변증 분류표

1 약관에서 규정하는 간경변증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 간경변증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
알코올성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
알코올성 간경변증	K70.3
간의 섬유증 및 경변증을 동반한 독성간질환	K71.7
간의 섬유증 및 경변증	K74
간의 만성 수동울혈	K76.1

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 간경변증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보

험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표49	녹내장 분류표

1 약관에서 규정하는 녹내장으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 녹내장 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
원발성 개방우각녹내장	H40.1
원발성 폐쇄우각녹내장	H40.2
눈외상에 따른 이차성 녹내장	H40.3
눈염증에 따른 이차성 녹내장	H40.4
기타 눈장애에 따른 이차성 녹내장	H40.5
약물에 의한 이차성 녹내장	H40.6
기타 녹내장	H40.8
상세불명의 녹내장	H40.9
달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 녹내장 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표50 심장판막협착증(대동맥판막) 분류표

1 약관에서 규정하는 심장판막협착증(대동맥판막)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심장판막협착증(대동맥판막) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
류마티스성 대동맥판협착	I06.0
기능부전이 있는 류마티스성 대동맥판협착	I06.2
대동맥판협착	I35.0
기능부전을 동반한 대동맥판협착	I35.2

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 심장판막협착증(대동맥판막) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표51 심장질환(특정Ⅰ) 분류표

1 약관에서 규정하는 심장질환(특정Ⅰ)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심장질환(특정Ⅰ) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
협심증	I20
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
급성 심장막염	I30
심장막의 기타질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
급성 및 아급성 심내막염	I33
상세불명 판막의 심내막염	I38
급성 심근염	I40

대상이 되는 항목	분류번호
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
심부전	I50

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 심장질환(특정Ⅰ) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표52 심장질환(특정Ⅱ) 분류표

1 약관에서 규정하는 심장질환(특정Ⅱ)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심장질환(특정Ⅱ) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
급성 심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 심장질환(특정Ⅱ) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표53 심장질환 분류표

1 약관에서 규정하는 심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 (KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심장질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	[A39.5†:수막알균성 심장병 (I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*)]	A39.5†
	[B37.6†:칸디다심내막염(I39.8*)]	B37.6†

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표54 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 분류표

약관에서 규정하는 "심장부정맥 고주파 · 냉각절제술"은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		코드
부정맥의 고주파 절제술	**부정맥의 고주파절제술**	
	상심실성 부정맥	M6541
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M6544
	심방세동	M6542
	심방세동 - 중격천자	M6545
	심방세동 - 하대정맥-삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술	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

별표55 남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암 분류표

1 약관에 규정하는 남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
음경의 악성 신생물	C60
전립선의 악성 신생물	C61
고환의 악성 신생물	C62
기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표56 다빈치로봇 암수술 분류표

약관에서 규정하는 다빈치로봇 암수술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제3부(행위 비급여 목록) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

별표57 고강도초음파집속술(HIFU) 분류표

약관에서 규정하는 고강도초음파집속술(HIFU)는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제3부(행위 비급여 목록) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
자기공명영상유도 하 고강도초음파집속술 [자궁근종]	RZ565
초음파 유도하 고강도초음파집속술 [자궁근종, 자궁선근증]	RZ566

별표58 급성신우신염 분류표

1 약관에서 규정하는 급성신우신염으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성신우신염 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
급성세뇨관-간질신장염	N10

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성신우신염 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표59 특정유방질환 분류표

1 약관에서 규정하는 특정유방질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정유방질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
유방의 양성신생물	D24
양성 유방형성이상	N60
유방의 염증성 장애	N61

대상이 되는 항목	분류번호
유방의 상세불명의 덩이	N63
유방의 기타 장애	N64

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정유방질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표60 자궁근종 및 자궁선근증 분류표

1 약관에서 규정하는 자궁근종 및 자궁선근증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 자궁근종 및 자궁선근증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
자궁의 평활근종	D25
자궁의 자궁내막증	N80.0

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 자궁근종 및 자궁선근증 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표61 부정맥질환(I49) 분류표

1 약관에서 규정하는 부정맥질환(I49)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 부정맥질환(I49) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
기타 심장부정맥	I49

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 부정맥질환(I49) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표62 카티치료제 해당 의약품명 및 성분명 분류표

1 아래 "카티치료제" 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "카티치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 "효능효과"를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "카티치료제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)

별표63 에크모치료(체외순환막 형산화요법) 분류표

약관에서 규정하는 "에크모치료(체외순환막 형산화요법)"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	코드
부분체외순환	01901
부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]	01902
체외순환막 형산화요법-시술당일	01903
체외순환막 형산화요법-익일 이후 [1일당]-10시간 초과 계속 사용	01904
부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용	01905
부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]-ILA Membrane Ventilator 사용	01906

별표64 특정심장질환 분류표

1 약관에 규정하는 특정심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정심장질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
오래된 심근경색증	I25.2

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표65 이차성암 분류표

1 약관에서 규정하는 이차성암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 이차성암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)	C77
호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78
기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 이차성암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표66 특정암II 분류표

1 약관에서 규정하는 특정암II으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정암II 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물(암)	C70~C72
수막의 악성 신생물(암)	C70
뇌의 악성 신생물(암)	C71
척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C72
부위의 명시가 없는 악성 신생물(암)	C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
호지킨림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙 T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86

대상이 되는 항목	분류번호
악성 면역증식성 질환	C88
다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95
림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정암Ⅱ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

유 의 사 항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C79(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C79)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

별표67 특정순환계질환 분류표

1 약관에서 규정하는 특정순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라

이 약관에서 보장하는 특정순환계질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
특정순환계질환	I00~I99 (단, I46.1, I46.9, I87, I95 제외)

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정순환계질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표68 뇌·심혈관특정질환 분류표

1 약관에서 규정하는 뇌·심혈관특정질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌·심혈관특정질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
심장질환 (특정II)	급성 심근경색증	I21
	후속 심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	인공소생에 성공한 심장 정지	I46.0
뇌졸중	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌·심혈관특정질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표69 뇌·심특정재활치료(급여) 분류표

약관에서 규정하는 뇌·심특정재활치료로 분류되는 의료행위는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
단순운동치료[1일당](Simple Therapeutic Exercise)	MM101
운동치료-복합운동치료[1일당](Therapeutic Exercise-Complex)	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당] (Therapeutic Exercise-Isokinetic)	MM103
중추신경계발달재활치료(Rehabilitative Development Therapy for Disorder of Central Nervous System)	MM105
작업치료-단순작업치료(Occupational Therapy-Simple)	MM111
작업치료-복합작업치료(Occupational Therapy-Complex)	MM112
작업치료-특수작업치료(Occupational Therapy-Special)	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당] (Activities Of Daily Living Training)	MM114
기능적전기자극치료(Functional Electrical Stimulation Therapy	MM151
압박치료[1일당](Pneumatic Compression)	MM190
복합림프물리치료[1일당] (Complex Decongestive Physical Therapy)	MM200
재활기능치료-매트및이동치료 (Rehabilitative Functional Training-Mattress or Mobilization Training)	MM301
재활기능치료-보행치료 (Rehabilitative Functional Training-Gait Training)	MM302
연하장애재활치료(Rehabilitative Dysphagia Therapy)	MX141
연하재활 기능적전기자극치료(Functional Electrical Stimulation for Rehabilitative Dysphagia Therapy)	MZ008
심장재활-심장재활교육(Cardiac Rehabilitation Education)	MM451
심장재활-심장재활평가(Cardiac Rehabilitation Evaluation)	MM452
심장재활-심장재활치료(Cardiac Rehabilitation Therapy)	MM453

별표70	기후성질환(온열질환) 분류표

1 약관에서 규정하는 기후성질환(온열질환)으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
열사병 및 일사병	T67.0
열실신	T67.1
열경련	T67.2
탈수성 열탈진	T67.3
염분 상실에 의한 열탈진	T67.4
상세불명의 열탈진	T67.5
일과성 열피로	T67.6
열성 부종	T67.7
열 및 빛의 기타 영향	T67.8
열 및 빛의 상세불명의 영향	T67.9

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 기후성질환(온열질환) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표71 기후성질환(저체온질환) 분류표

1 약관에서 규정하는 기후성질환(저체온질환)으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
표재성 동상	T33
조직괴사를 동반한 동상	T34
여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
저체온증	T68
저하된 온도의 기타 영향	T69

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 기후성질환(저체온질환) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표72 독액성동물접촉중독 분류표

1 약관에서 규정하는 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독" 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
뱀독의 독성효과	T63.0
기타 파충류의 독액의 독성효과	T63.1
전갈의 독액의 독성효과	T63.2
거미의 독액의 독성효과	T63.3
기타 절지동물의 독액의 독성효과	T63.4
물고기와의 접촉의 독성효과	T63.5
기타 바다동물과의 접촉의 독성효과	T63.6

대상이 되는 항목	분류번호
기타 독액성 동물과의 접촉의 독성효과	T63.8
상세불명의 독액성 동물과의 접촉의 독성효과	T63.9

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 "독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독 " 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표73 기계적혈전제거술(카테터법) 분류표

약관에서 규정하는 "기계적혈전제거술(카테터법)"은 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		코드
기계적혈전제거술 (카테터법)	**경피적 혈전제거술**	
	나. 기계적 혈전제거술[카테터법]	
	(1) 두개강내 혈관	M6636
	(2) 두개강외 경부혈관	M6637
	(3) 관상동맥	M6638
	(4) 기타혈관	M6639

별표74 5대골절분류표

1 약관에서 규정하는 5대 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 5대 골절 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
머리의 으깸손상	S07
목의 골절	S12
흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0~S22.1
요추 및 골반의 골절	S32
대퇴골의 골절	S72

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 5대 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표75 외상성특정뇌손상 분류표

1 약관에서 규정하는 외상성특정뇌손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 외상성특정뇌손상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
미만성 뇌손상	S06.2
초점성 뇌손상	S06.3
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
기타 두개내손상	S06.8
상세불명의 두개내손상	S06.9

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 외상성특정뇌손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표76 외상성특정장기손상 분류표

1 약관에서 규정하는 외상성특정장기손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 외상성특정장기손상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
심장의 손상	S26
기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
복강내기관의 손상	S36
비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 외상성특정장기손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표77 골다공증 분류표

1 약관에서 규정하는 골다공증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골다공증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
병적 골절을 동반한 골다공증	M80
병적 골절이 없는 골다공증	M81
달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골다공증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표78 만성당뇨합병증 분류표

1 약관에서 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 만성당뇨합병증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
1형 당뇨병	
신장 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.2
눈 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.3
신경학적 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.4
말초순환계 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.5
2형 당뇨병	
신장 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.2
눈 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.3
신경학적 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.4
말초순환계 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.5

대상이 되는 항목	분류번호
영양실조-관련 당뇨병	
신장 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.2
눈 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.3
신경학적 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.4
말초순환계 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.5
기타 명시된 당뇨병	
신장 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.2
눈 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.3
신경학적 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.4
말초순환계 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.5
상세불명의 당뇨병	
신장 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.2
눈 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.3
신경학적 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.4
말초순환계 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.5
기타 당뇨병성 합병증	
당뇨병성 단일신경병증	G59.0
당뇨병성 다발신경병증	G63.2
당뇨병성 백내장	H28.0
당뇨병성 망막병증	H36.0
당뇨병에서의 사구체장애	N08.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 만성당뇨합병증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표79 충수염(맹장염) 분류표

1 약관에서 규정하는 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 충수염(맹장염) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
충수의 질환	K35~K38

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 충수염(맹장염) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표80 특정 양성종양(기타 경증질환 포함) 분류표

별표80-1 특정 양성종양Ⅰ(24대, 기타 경증질환 포함) 분류표

1 약관에서 규정하는 특정 양성종양Ⅰ(24대, 기타 경증질환 포함)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 양성종양Ⅰ(24대, 기타 경증질환 포함) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	D12
골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
양성 지방종성 신생물	D17
결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
멜라닌세포모반	D22
피부의 기타 양성 신생물	D23
유방의 양성 신생물	D24
자궁의 평활근종	D25
자궁의 기타 양성 신생물	D26

대상이 되는 항목	분류번호
갑상선의 양성 신생물	D34
기타 및 상세불명 부위의 양성 신생물	D36
비강의 용종	J33.0
부비동의 기타 용종	J33.8
상세불명의 코용종	J33.9
성대 및 후두의 용종	J38.1
성대의 소결절	J38.2
고립성 폐결절	J98.40
결장의 용종	K63.5
광선각화증	L57.0
양성 유방형성이상	N60
유방의 염증성 장애	N61
유방의 상세불명의 덩이	N63
유방의 기타 장애	N64
여성생식관의 용종	N84

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정 양성종양Ⅰ(24대, 기타 경증질환 포함) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표80-2 특정 양성종양Ⅱ(33대, 기타 경증질환 포함) 분류표

1 약관에서 규정하는 특정 양성종양Ⅱ(33대, 기타 경증질환 포함)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 양성종양Ⅱ(33대, 기타 경증질환 포함) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
입 및 인두의 양성 신생물	D10
기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13

대상이 되는 항목	분류번호
중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
모든 부위의 혈관종 및 림프관종	D18
중피조직의 양성 신생물	D19
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
남성생식기관의 양성 신생물	D29
비뇨기관의 양성 신생물	D30
눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
혀를 포함하는 구강상피의 백반 및 기타 장애	K13.2
구강점막의 육아종 및 육아종-유사병변	K13.4
위-식도역류병	K21
식도의 기타 질환	K22
위게실	K31.4
위 및 십이지장의 용종	K31.7
담낭염	K81
담낭의 기타 명시된 질환	K82.8
알코올유발 만성 췌장염	K86.0
기타 만성 췌장염	K86.1
췌장의 낭	K86.2
췌장의 가성낭	K86.3
전립선의 이형성	N42.3
자궁경부의 이형성	N87
경도 질이형성	N89.0
중등도 질이형성	N89.1
달리 분류되지 않은 중증의 질이형성	N89.2
상세불명의 질의 이형성	N89.3
경도 외음이형성	N90.0
중등도 외음이형성	N90.1
달리 분류되지 않은 중증 외음이형성	N90.2
상세불명의 외음이형성	N90.3
복강내 및 골반의 부기, 종괴 및 덩이	R19.0

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정 양성종양Ⅱ(33대, 기타 경증질환 포함) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재

된 것을 인정합니다.

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

별표80-3 특정 양성종양III(5대, 기타 경증질환 포함) 분류표

1 약관에서 규정하는 특정 양성종양III(5대, 기타 경증질환 포함)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 양성종양III(5대, 기타 경증질환 포함) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
주침샘의 양성 신생물	D11
난소의 양성 신생물	D27
기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
궤양성 대장염	K51
간의 섬유증 및 경변증	K74

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정 양성종양III(5대, 기타 경증질환 포함) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표80-4 특정 양성종양IV(6대, 기타 경증질환 포함) 분류표

1 약관에서 규정하는 특정 양성종양IV(6대, 기타 경증질환 포함)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 양성종양IV(6대, 기타 경증질환 포함) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
크론병[국소성 장염]	K50
담관염	K83.0

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정 양성종양IV(6대, 기타 경증질환 포함) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표81	2대질병(뇌혈관질환, 심장질환) 분류표

별표81-1	2대질병(뇌혈관질환) 분류표

1 약관에서 규정하는 2대질병(뇌혈관질환)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 2대질병(뇌혈관질환) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	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 뇌혈관 질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 2대질병(뇌혈관질환) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표81-2 2대질병(심장질환) 분류표

1 약관에서 규정하는 2대질병(심장질환)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 2대질병(심장질환) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
급성 심장막염	I30
심장막의 기타질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
급성 및 아급성 심내막염	I33
상세불명 판막의 심내막염	I38
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
심부전	I50

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 2대질병(심장질환) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표82 신특정순환계질환 분류표

1 약관에서 규정하는 신특정순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 신특정순환계질환 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상이 되는 항목	분류번호
급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
협심증	협심증	I20
급성 심근경색증	급성 심근경색증	I21
	후속 심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
경증 허혈성 심장질환	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
폐성심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
심장염증질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증 방실차단	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3

구분	대상이 되는 항목	분류번호
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
뇌출혈	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	뇌경색증	I63
경증 뇌혈관질환	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
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
특정 동맥혈관질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 신특정순환계질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가

변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표83	고혈압(원발성) 분류표

1 약관에서 규정하는 고혈압(원발성)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 고혈압(원발성) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
본태성(원발성) 고혈압	I10

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 고혈압(원발성) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표84	이상지질혈증(고지혈증포함) 분류표

1 약관에서 규정하는 이상지질혈증(고지혈증포함)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 이상지질혈증(고지혈증포함) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 이상지질혈증(고지혈증포함) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표85 특정급여치료 분류표

약관에서 규정하는 "특정급여치료"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)에서 정한 코드 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		코드
뇌 정위적 방사선수술	감마나이프 이용	HD113
	사이버나이프 이용	HD114
	선형가속기 이용	HD115
부정맥의 냉각절제술	심방세동 - 냉각풍선절제술	M0651
	심방세동 - 냉각풍선절제술 - 중격천자	M0652
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M0653
	심방세동 - 중격천자	M0655
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 중격천자	M0656
	상심실성 부정맥	M0657
	심방세동	M0658
	심방세동 - 하대정맥-삼천판륜 협부에 대한 선형절제술	M0659
	심실성 부정맥	M0661
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M0662
부정맥의 고주파 절제술	**부정맥의 고주파절제술**	
	심방세동-하대정맥-삼천판륜 협부에 대한 선형절제술	M0654
	상심실성 부정맥	M6541
	심방세동	M6542
	심실성 부정맥	M6543
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M6544
	심방세동 - 중격천자	M6545
	삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술	
	심방세동 - 중격천자	M6540
	상심실성 부정맥	M6546
	심방세동	M6547
	심실성 부정맥	M6548
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M6549
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M6550
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 중격천자	M6556

대상이 되는 항목		코드
혈관색전술	뇌혈관[척추포함]-동맥류-보조물지지	M1661
	뇌혈관[척추포함]-동맥류-기타의경우	M1662
	뇌혈관[척추포함]-동정맥기형[동정맥루포함]-뇌혈관	M1663
	뇌혈관[척추포함]-동정맥기형[동정맥루포함]-두경부	M1667
	뇌혈관[척추포함]-동정맥기형[동정맥루포함]-척추	M1668
	뇌혈관[척추포함]-동정맥기형[동정맥루포함]-척추경막	M1669
	뇌혈관[척추포함]-종양-뇌에 화학요법제를 주입한 경우	M1671
	뇌혈관[척추포함]-종양-두경부에 화학요법제를 주입한 경우	M1672
	뇌혈관[척추포함]-종양-뇌	M1673
	뇌혈관[척추포함]-종양-두경부	M1674
	뇌혈관[척추포함]-동정맥기형 [동정맥루포함]-뇌경막동정맥루 [내경동맥해면동루 포함]-동맥경유	M1676
	뇌혈관[척추포함]-동정맥기형 [동정맥루포함]-뇌경막동정맥루 [내경동맥해면동루 포함]-정맥경유	M1677
	기타혈관	M6644
경피적 관상동맥 확장술	단일혈관	M6551
	추가혈관	M6552
	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥 확장술[일차적중재술 등]	M6553
	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술	M6554
경피적 관상동맥 스텐트삽입술	단일혈관	M6561
	추가혈관	M6562
	경피적 관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우-단일혈관	M6563
	경피적 관상동맥확장술 및 경피적관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우-추가혈관	M6564
	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥 스텐트삽입술 [일차적중재술 등]	M6565
	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적 관상동맥확장술 및 경피적관상동맥 죽상반절제술과 동시에 시술한 경우-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술	M6567
경피적 관상동맥 죽상반절제술	단일혈관	M6571
	추가혈관	M6572

대상이 되는 항목		코드
혈관성형술	경피적 풍선혈관성형술-뇌혈관	M6593
	경피적 풍선혈관성형술-경동맥 [추골동맥 포함]	M6594
	경피적 풍선혈관성형술-대동맥	M6595
	경피적 풍선혈관성형술-폐동맥	M6596
	경피적 풍선혈관성형술-기타혈관	M6597
	경피적 뇌혈관약물성형술	M6599
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-경동맥(내막박리술 포함) [단순]	00226
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-경동맥(내막박리술 포함) [복잡]	00227
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-복부동맥 또는 장골동맥	02064
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-기타	02065
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-경동맥(내막박리술 포함) [복잡]-제거후 팻취이용하여 봉합한 경우	02066
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-복부동맥 또는 장골동맥-제거후 팻취이용하여 봉합한 경우	02067
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-기타-제거후 팻취이용하여 봉합한 경우	02068
	혈관성형술(직접봉합)-개흉에의한것	0A631
	혈관성형술(직접봉합)-개복에의한것	0A632
	혈관성형술(직접봉합)-기타	0A633
	혈관성형술(팻취이용한 경우)-개흉에의한것(인조혈관이용)	0A634
	혈관성형술(팻취이용한 경우)-개흉에의한것(자가혈관이용[채취료포함])	0A635
	혈관성형술(팻취이용한 경우)-개복에의한것(인조혈관이용)	0A636
	혈관성형술(팻취이용한 경우)-개복에의한 것(자가혈관이용[채취료포함])	0A637
	혈관성형술(팻취이용한 경우)-기타(인조혈관이용)	0A638
	혈관성형술(팻취이용한 경우)-기타(자가혈관이용[채취료포함])	0A639

대상이 되는 항목		코드
혈관성형술	혈관성형술(개흉에의한직접봉합)-대동맥교차감자(Cross- Clamping)동시실시	0B631
	혈관성형술(개복에의한직접봉합)-대동맥교차감자(Cross- Clamping)동시실시	0B632
	혈관성형술(기타직접봉합)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	0B633
	혈관성형술(팻취이용-개흉에의함,인조혈관이용)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	0B634
	혈관성형술(팻취이용-개흉에의함,자가혈관이용[채취료포함])-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	0B635
	혈관성형술(팻취이용-개복에의함,인조혈관이용)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	0B636
	혈관성형술(팻취이용-개복에의함,자가혈관이용[채취료포함])-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	0B637
	혈관성형술(팻취이용-기타,인조혈관이용)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	0B638
	혈관성형술(팻취이용-기타,자가혈관이용[채취료포함])-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	0B639
혈관내 스텐트 삽입술	경피적혈관내금속스텐트삽입술-뇌혈관	M6601
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-경동맥[추골동맥포함]	M6602
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-대동맥	M6603
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-폐동맥	M6604
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-기타혈관	M6605
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥]	M6611
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥및장골동맥]	M6612
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[기타혈관]	M6613
	대동맥 혈관내 이식편 고정술-경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술 시 그래프트 고정	M6651
	대동맥 혈관내 이식편 고정술-경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술 후 그래프트 고정	M6652

대상이 되는 항목		코드
혈전제거술	경피적 혈전제거술-혈전용해술-두개강내 혈관	M6630
	경피적 혈전제거술-혈전용해술-기타혈관	M6632
	경피적 혈전제거술-혈전용해술-관상동맥	M6634
	경피적 혈전제거술-혈전용해술-두개강외 경부혈관	M6635
	경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술 [카테터법]-두개강내 혈관	M6636
	경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술 [카테터법]-두개강외 경부혈관	M6637
	경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술 [카테터법]-관상동맥	M6638
	경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술 [카테터법]-기타혈관	M6639
	혈전제거술(심부정맥-하지)	00218
	혈전제거술-심장	00260
	폐동맥혈전제거술	01950
	혈전제거술(동맥-흉부)	02053
	혈전제거술(동맥-복부)	02054
	혈전제거술(동맥-경부)	02055
	혈전제거술(동맥-기타)	02056
	혈전제거술(심부정맥-흉부)	02057
	혈전제거술(심부정맥-복부)	02058
	혈전제거술(심부정맥-기타)	02059

별표86 외상성특정뇌출혈 분류표

1 약관에서 규정하는 외상성특정뇌출혈로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 외상성특정뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6

주) 1. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 외상성특정뇌출혈 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표87 유방 바늘생검 조직병리진단 분류표

약관에서 규정하는 "유방바늘조직검사"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장 (검사료) 제4절(내시경, 천자 및 생검료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 검사를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
유방 바늘생검 조직병리진단	유방생검 [편측] Breast Biopsy	
	가. 침생검 Needle Biopsy	C8641

별표88 심부 바늘생검 조직병리진단 분류표

약관에서 규정하는 "심부 바늘생검 조직병리진단"은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
침생검(심부)-복막	C8511
침생검(심부)-흉막	C8512
침생검(심부)-장기[편측]	C8513
침생검(심부)-심낭[EKG비용포함]	C8514
침생검(심부)-척수	C8515

별표89 자궁 생검 조직병리진단 분류표

약관에서 규정하는 "자궁 생검 조직병리진단"은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
자궁내막조직생검-구획소파생검	C8572
자궁내막조직생검-흡인생검	C8573
자궁내막조직생검-단순소파생검	C8574
자궁내막조직생검-자궁경내소파술	C8575
자궁경부착공생검	C8576

별표90 알츠하이머치매 분류표

1 약관에 규정하는 "알츠하이머치매로 진단확정되다"라는 것은 다음의 각 호에 모두 해당되고, 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병으로 진단확정된 경우를 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 알츠하이머치매 해당 여부를 판단합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

대상이 되는 항목	분류번호
알츠하이머병에서의 치매	F00
알츠하이머병	G30

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 알츠하이머치매 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표91 치매 분류표

1 약관에서 규정하는 치매로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 치매 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	질병코드
알츠하이머병에서의 치매	F00*
혈관성 치매	F01
달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
상세불명의 치매	F03
치매에 병발된 섬망	F05.1
알츠하이머병	G30

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 치매 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표92 치매CDR척도검사 분류표

약관에서 규정하는 "CDR척도검사"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장 (검사료) 제3절 (기능 검사료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 검사를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
치매 척도 검사 Dementia Rating Scale	
나. CDR	F6222

별표93 파킨슨병 분류표

1 약관에 규정하는 파킨슨병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 파킨슨병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
파킨슨병	G20
파킨슨병에서의 치매(G20+)	F02.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 파킨슨병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

별표94 전이암II 분류표

1 약관에서 규정하는 전이암II으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 전이암II 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
림프절전이암	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)	C77
특정전이암	호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78
	기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79
	부위의 명시가 없는 악성 신생물(암)	C80

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 전이암Ⅱ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

약관에서 인용된 법 · 규정

※ 아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

법규1	개인정보 보호법 [시행 2020.8.5.] [법률 제16930호, 2020.2.4., 일부개정]

제15조(개인정보의 수집 · 이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집 · 이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신설 2020.2.4.>

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다. <개정 2020.2.4.>

1. 정보주체의 동의를 받은 경우

2. 제15조제1항제2호·제3호·제5호 및 제39조의3제2항제2호·제3호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호 · 제3호 및 제5호 및 제39조의3제2항제2호 · 제3호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. <신설 2020.2.4.>

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다. <개정 2017.4.18.>

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집 · 이용 목적, 수집 · 이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
<신설 2017.4.18., 2017.7.26., 2020.2.4.>

③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
<개정 2016.3.29., 2017.4.18>

④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. <개정 2017.4.18.>

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2017.4.18.>

⑥ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다. <개정 2017.4.18.>

⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다. <개정 2017.4.18.>

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.3.29.>

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
<신설 2016.3.29.>

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제 <2013.8.6.>

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
<개정 2015.7.24.>

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바

에 따라 정기적으로 조사하여야 한다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26., 2020.2.4.>

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26., 2020.2.4.>

법규2	개인정보 보호법 시행령 [시행 2021.2.5.] [대통령령 제31429호, 2021.2.2., 타법개정]

제17조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.

1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

② 법 제22조제2항에서 "대통령령으로 정하는 중요한 내용"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2017.10.17.>

1. 개인정보의 수집·이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항
   가. 제18조에 따른 민감정보
   나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

③ 개인정보처리자가 정보주체로부터 법 제18조제2항제1호 및 제22조제4항에 따른 동의를 받거나 법 제22조제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 확인할 수 있도록 선택적으로 동의할 수 있는 사항 외의 사항과 구분하여 표시하여야 한다. <신설 2015.12.30., 2017.10.17.>

④ 개인정보처리자는 법 제22조제6항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의

동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다. <개정 2015.12.30., 2017.10.17.>

⑤ 중앙행정기관의 장은 제1항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다.

<개정 2015.12.30., 2017.10.17.>

법규3	상법 시행령 [시행 2021.12.30.] [대통령령 제32274호, 2021.12.28., 타법개정]

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

[본조신설 2018. 10. 30.]

법규4	국민건강보험법 [시행 2021.12.9.] [법률 제18211호, 2021.6.8., 일부개정]

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2018.3.27.>

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설 · 장비 · 인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문 요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다. <개정 2016.2.3.>
⑤ 제1항 · 제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

법규5	**금융소비자 보호에 관한 법률** [시행 2021.12.30.] [법률 제17799호, 2020.12.29., 타법개정]

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

제17조(적합성원칙)
③ 금융상품판매업자등은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하다고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제18조(적정성원칙)

② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

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.

[시행일 : 2021.9.25.] 제19조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제20조(불공정영업행위의 금지)

① 금융상품판매업자등은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 “불공정영업행위”라 한다)를 해서는 아니 된다.

1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위
2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위
3. 금융상품판매업자등 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위
   나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도상환수수료를 부과하는 행위
      1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
      2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과가 허용되는 경우

3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우

다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대보증을 요구하는 경우

5. 연계·제휴서비스등이 있는 경우 연계·제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계·제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계·제휴서비스등을 제공하는 경우와 금융상품판매업자등의 휴업·파산·경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.
6. 그 밖에 금융상품판매업자등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위

② 불공정영업행위에 관하여 구체적인 유형 또는 기준은 대통령령으로 정한다.

[시행일 : 2021.9.25.] 제20조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제21조(부당권유행위 금지)

금융상품판매업자등은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.

1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위

가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위

나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위

6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위

가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문·전화 등 실시간 대화의 방법을 이용하는 행위

나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위

7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

[시행일 : 2021.9.25.] 제21조 중 금융상품자문업자 관련 부분

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 일반금

융소비자로부터 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.

[시행일 : 2021.9.25.] 제46조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 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.

[시행일 : 2021.9.25.] 제47조 중 금융상품자문업자 관련 부분

법규6	**도로교통법** [시행 2021.10.21.] [법률 제17891호, 2021.1.12., 일부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

<개정 2012.3.21., 2013.3.23., 2014.1.28., 2014.11.19., 2017.3.21., 2017.7.26., 2017.10.24., 2018.3.27., 2020.5.26., 2020.6.9., 2020.12.22.>

1~16. (생략)

17. "차마"란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.

가. "차"란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

1) 자동차

2) 건설기계
3) 원동기장치자전거
4) 자전거
5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차와 행정안전부령으로 정하는 보행보조용 의자차는 제외한다.

나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.

(이하 생략)

[전문개정 2011.6.8.]

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다. <개정 2020.6.9., 2020.12.22., 2021.1.12.>

[전문개정 2011.6.8.]

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2018.3.27.>

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다. <개정 2014.12.30., 2018.3.27.>

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다. <개정 2018.12.24.>

[전문개정 2011.6.8.]

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)

자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2020. 6. 9.>

[전문개정 2011. 6. 8.]

제54조(사고발생 시의 조치)

① 차 또는 노면전차의 운전 등 교통으로 인하여 사람을 사상하거나 물건을 손괴(이하 "교통사고"라 한다)한 경우에는 그 차 또는 노면전차의 운전자나 그 밖의 승무원(이하 "운전자등"이라 한다)은 즉시 정차하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. <개정 2014. 1. 28., 2016. 12. 2., 2018. 3. 27.>

1. 사상자를 구호하는 등 필요한 조치
2. 피해자에게 인적 사항(성명·전화번호·주소 등을 말한다. 이하 제148조 및 제156조제10호에서 같다) 제공

(이하 생략)

[전문개정 2011.6.8.]

제151조(벌칙)

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2018. 3. 27.>

[전문개정 2011. 6. 8.]

법규7	민법 [시행 2021.1.26.] [법률 제17905호, 2021.1.26., 일부개정]

제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<개정 1984.4.10.>

제755조(감독자의 책임)

① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

[전문개정 2011.3.7.]

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
[전문개정 1990.1.13.]

법규8	상법 [시행 2020.12.29.] [법률 제17764호, 2020.12.29., 일부개정]

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 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다. <개정 1991.12.31.>

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.
<신설 1991.12.31.>

제682조(제3자에 대한 보험대위)
① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.
② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.
[전문개정 2014. 3. 11.]

법규9	신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 [시행 2021.12.30.] [법률 제17799호, 2020.12.29., 타법개정]

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)
① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확

성 · 최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015.3.11., 2018.12.11.>

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보 · 유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성 · 최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015.3.11., 2020.2.4.>

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020.2.4.>

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.
<신설 2015.3.11.>

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
<신설 2015.3.11.>

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.
<개정 2015.3.11., 2020.2.4.>

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리 · 활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우

3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우.
9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우.
가. 양 목적 간의 관련성
나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011.5.19., 2015.3.11.>

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사

항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015.3.11.>
⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015.3.11.>
⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015.3.11.>
⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015.3.11.>

제33조(개인신용정보의 이용)
① (생략)
② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.
[전문개정 2020. 2. 4.]

제35조(신용정보 이용 및 제공사실의 조회)
① 신용정보회사등은 개인신용정보를 이용하거나 제공한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 사항을 신용정보주체가 조회할 수 있도록 하여야 한다. 다만, 내부 경영관리의 목적으로 이용하거나 반복적인 업무위탁을 위하여 제공하는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 개인신용정보를 이용한 경우: 이용 주체, 이용 목적, 이용 날짜, 이용한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
2. 개인신용정보를 제공한 경우: 제공 주체, 제공받은 자, 제공 목적, 제공한 날짜, 제공한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
② 신용정보회사등은 제1항에 따라 조회를 한 신용정보주체의 요청이 있는 경우 개인신용정보를 이용하거나 제공하는 때에 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보주체에게 통지하여야 한다.
③ 신용정보회사등은 신용정보주체에게 제2항에 따른 통지를 요청할 수 있음을 알려주어야 한다.
[전문개정 2015. 3. 11.]

제36조(상거래 거절 근거 신용정보의 고지 등)
① 신용정보제공·이용자가 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보로서 대통령령으로 정하는 정보에 근거하여 상대방과의 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 해당 신용정보주체의 요구가 있으면 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보 등 대통령령으로 정하는 사항을 본인에게 고지하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

② 신용정보주체는 제1항에 따라 고지받은 본인정보의 내용에 이의가 있으면 제1항에 따른 고지를 받은 날부터 60일 이내에 해당 신용정보를 수집·제공한 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관에게 그 신용정보의 정확성을 확인하도록 요청할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>
③ 제2항에 따른 확인절차 등에 관하여는 제38조를 준용한다.

제37조(개인신용정보 제공 동의 철회권 등)
① 개인인 신용정보주체는 제32조제1항 각 호의 방식으로 동의를 받은 신용정보제공·이용자에게 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 또는 신용정보집중기관에 제공하여 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 외의 목적으로 행한 개인신용정보 제공 동의를 대통령령으로 정하는 바에 따라 철회할 수 있다. 다만, 동의를 받은 신용정보제공·이용자 외의 신용정보제공·이용자에게 해당 개인신용정보를 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 용역의 제공을 하지 못하게 되는 등 계약 이행이 어려워지거나 제33조제1항제1호에 따른 목적을 달성할 수 없는 경우에는 고객이 동의를 철회하려면 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 한다. <개정 2020. 2. 4.>
② 개인인 신용정보주체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보제공·이용자에 대하여 상품이나 용역을 소개하거나 구매를 권유할 목적으로 본인에게 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있다.
③ 신용정보제공·이용자는 서면, 전자문서 또는 구두에 의한 방법으로 제1항 및 제2항에 따른 권리의 내용, 행사방법 등을 거래 상대방인 개인에게 고지하고, 거래 상대방이 제1항 및 제2항의 요구를 하면 즉시 이에 따라야 한다. 이 때 구두에 의한 방법으로 이를 고지한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따른 추가적인 사후 고지절차를 거쳐야 한다.
④ 신용정보제공·이용자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 제3항에 따른 의무를 이행하기 위한 절차를 갖추어야 한다.
⑤ 신용정보제공·이용자는 제2항에 따른 청구에 따라 발생하는 전화요금 등 금전적 비용을 개인인 신용정보주체가 부담하지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조치를 하여야 한다.
[제목개정 2020. 2. 4.]

제38조(신용정보의 열람 및 정정청구 등)
① 신용정보주체는 신용정보회사등에 본인의 신분을 나타내는 증표를 내보이거나 전화, 인터넷 홈페이지의 이용 등 대통령령으로 정하는 방법으로 본인임을 확인받아 신용정보회사등이 가지고 있는 신용정보주체 본인에 관한 신용정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보의 교부 또는 열람을 청구할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>
② 제1항에 따라 자신의 신용정보를 열람한 신용정보주체는 본인 신용정보가 사실과 다른 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 정정을 청구할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>
③ 제2항에 따라 정정청구를 받은 신용정보회사등은 정정청구에 정당한 사유가 있다고 인정하면 지체 없이 해당 신용정보의 제공·이용을 중단한 후 사실인지를 조사

하여 사실과 다르거나 확인할 수 없는 신용정보는 삭제하거나 정정하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

④ 제3항에 따라 신용정보를 삭제하거나 정정한 신용정보회사등은 해당 신용정보를 최근 6개월 이내에 제공받은 자와 해당 신용정보주체가 요구하는 자에게 해당 신용정보에서 삭제하거나 정정한 내용을 알려야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

⑤ 신용정보회사등은 제3항 및 제4항에 따른 처리결과를 7일 이내에 해당 신용정보주체에게 알려야 하며, 해당 신용정보주체는 처리결과에 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있다. 다만, 개인신용정보에 대한 제45조의3제1항에 따른 상거래기업 및 법인의 처리에 대하여 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 「개인정보 보호법」에 따른 개인정보 보호위원회(이하 "보호위원회"라 한다)에 그 시정을 요청할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

⑥ 금융위원회 또는 보호위원회는 제5항에 따른 시정을 요청받으면 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」 제24조에 따라 설립된 금융감독원의 원장(이하 "금융감독원장"이라 한다) 또는 보호위원회가 지정한 자로 하여금 그 사실 여부를 조사하게 하고, 조사결과에 따라 신용정보회사등에 대하여 시정을 명하거나 그 밖에 필요한 조치를 할 수 있다. 다만, 필요한 경우 보호위원회는 해당 업무를 직접 수행할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

⑦ 제6항에 따라 조사를 하는 자는 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

⑧ 신용정보회사등이 제6항에 따른 금융위원회 또는 보호위원회의 시정명령에 따라 시정조치를 한 경우에는 그 결과를 금융위원회 또는 보호위원회에 보고하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

제39조(무료 열람권)

개인인 신용정보주체는 1년 이내로서 대통령령으로 정하는 일정한 기간마다 개인신용평가회사(대통령령으로 정하는 개인신용평가회사는 제외한다)에 대하여 다음 각 호의 신용정보를 1회 이상 무료로 교부받거나 열람할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 개인신용평점
2. 개인신용평점의 산출에 이용된 개인신용정보
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에서 정한 정보와 유사한 정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보

법규10	**의료법** [시행 2021.12.30.] [법률 제17787호, 2020.12.29., 일부개정]

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.
<개정 2009.1.30., 2011.6.7., 2016.5.29., 2019.4.23., 2020.3.4.>

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. <개정 2009.1.30., 2010.1.18.>

(이하 생략)

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

[본조신설 2009.1.30.]

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011.8.4.>
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.
[본조신설 2009.1.30.]

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

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. <개정 2010.1.18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18.>

[본조신설 2009.1.30.]

제3조의5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2010.1.18.>

1. 특정 질환별·진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010.1.18.>

④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다. <개정 2010.1.18., 2015.1.28.>

⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다.

<신설 2015.1.28.>
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제4항에 따른 평가 결과 제2항 각 호의 요건을 갖추지 못한 것으로 확인된 경우

⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010.1.18., 2015.1.28.>

⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18., 2015.1.28.>

[본조신설 2009.1.30.]

제4조(의료인과 의료기관의 장의 의무)

① 의료인과 의료기관의 장은 의료의 질을 높이고 의료관련감염(의료기관 내에서 환자, 환자의 보호자, 의료인 또는 의료기관 종사자 등에게 발생하는 감염을 말한다. 이하 같다)을 예방하며 의료기술을 발전시키는 등 환자에게 최선의 의료서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 한다. <개정 2012.2.1., 2020.3.4.>

② 의료인은 다른 의료인 또는 의료법인 등의 명의로 의료기관을 개설하거나 운영할 수 없다. <신설 2012.2.1., 2019.8.27.>

③ 의료기관의 장은 「보건의료기본법」 제6조·제12조 및 제13조에 따른 환자의 권리 등 보건복지부령으로 정하는 사항을 환자가 쉽게 볼 수 있도록 의료기관 내에 게시하여야 한다. 이 경우 게시 방법, 게시 장소 등 게시에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <신설 2012.2.1.>

④ 삭제 <2020.3.4.>

⑤ 의료기관의 장은 환자와 보호자가 의료행위를 하는 사람의 신분을 알 수 있도록 의료인, 제27조제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 의료행위를 하는 같은 항 제3호에 따른 학생, 제80조에 따른 간호조무사 및 「의료기사 등에 관한 법률」 제2조에 따른 의료기사에게 의료기관 내에서 대통령령으로 정하는 바에 따라 명찰을 달도록 지시·감독하여야 한다. 다만, 응급의료상황, 수술실 내인 경우, 의료행위를 하지 아니할 때, 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우에는 명찰을 달지 아니하도록 할 수 있다. <신설 2016.5.29.>

⑥ 의료인은 일회용 의료기기(한 번 사용할 목적으로 제작되거나 한 번의 의료행위에서 한 환자에게 사용하여야 하는 의료기기로서 보건복지부령으로 정하는 의료기기를 말한다. 이하 같다)를 한 번 사용한 후 다시 사용하여서는 아니 된다. <신설 2016.5.29., 2020.3.4.>

제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원 인력(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.
[본조신설 2015.12.29.]

제4조의3(의료인의 면허 대여 금지 등)
① 의료인은 제5조(의사·치과의사 및 한의사를 말한다), 제6조(조산사를 말한다) 및 제7조(간호사를 말한다)에 따라 받은 면허를 다른 사람에게 대여하여서는 아니 된다.
② 누구든지 제5조부터 제7조까지에 따라 받은 면허를 대여받아서는 아니 되며, 면허 대여를 알선하여서도 아니 된다.
[본조신설 2020.3.4.]

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.
<개정 2010.1.18.,2012.2.1.,2019.8.27.>
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 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다. <개정 2012.2.1.>

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. <신설 2012.2.1.>

[전문개정 2008.10.14.]

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

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. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

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. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

[별표 4] <개정 2019.9.27.>

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

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(신생아중환자실의 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.

법규12	자동차관리법 시행규칙 [시행 2022.1.1.] [국토교통부령 제900호, 2021.10.14., 일부개정]

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015.7.7., 2017.1.6.>
[전문개정 2011.12.15.]

[별표1] <개정 2021.8.27.>

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트)이하이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.5미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터 · 너비 1.7미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나 길이 · 너비 · 높이중 어느하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시이상이거나, 길이 · 너비 · 높이 모두 소형을 초과 하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터 · 너비 1.7미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이 · 너비 · 높이 중 어느하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이 · 너비 · 높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 250시시(전	배기량이 1,000시시	최대적재량이 1톤 이하이	최대적재량이 1톤 초과 5톤	최대적재량이 5톤 이상이거

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
	기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.5미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	미만이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것	고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너비1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동차	배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸 화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의 · 헌혈 · 구급 · 보도 · 캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수 용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장 · 사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난 · 견인할 수 있는 구조인 것
	특수 용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주 · 오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
   가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형 · 경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱

미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.

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 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

법규13	**응급의료에 관한 법률** [시행 2021.12.30.] [법률 제17786호, 2020.12.29., 일부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015.1.28.>

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 중앙응급의료센터, 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.

[전문개정 2011.8.4.]

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 그러하지 아니하다. <개정 2020. 12. 29.>

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다. <신설 2020. 12. 29.>

법규14	**전자서명법** [시행 2021.6.10.] [법률 제17354호, 2020.6.9., 전부개정]

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

(이하 생략)

법규15	형법 [시행 2021.12.9.] [법률 제17571호, 2020.12.8., 일부개정]

제170조(실화)
① 과실로 제164조 또는 제165조에 기재한 물건 또는 타인 소유인 제166조에 기재한 물건을 불태운 자는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
② 과실로 자기 소유인 제166조의 물건 또는 제167조에 기재한 물건을 불태워 공공의 위험을 발생하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.
[전문개정 2020.12.8.]

제171조(업무상실화, 중실화)
업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제258조(중상해, 존속중상해)
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다. <개정 2016.1.6.>

제260조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995.12.29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995.12.29.>

제261조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제266조(과실치상)
① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995.12.29.>

② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995.12.29.>

제267조(과실치사)
과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제268조(업무상과실 · 중과실 치사상)
업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
[전문개정 2020.12.8.]

법규16	**국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률** [시행 2022.1.4.] [법률 제18716호, 2022.1.4., 일부개정]

제6조(등록 및 결정)
① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다. <개정 2011.9.15., 2013.5.22.>
1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생 · 공헌자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다. <신설 2011.9.15.>

③ 국가보훈처장은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다. <개정 2009.2.6., 2011.9.15.>

④ 국가보훈처장은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의 · 의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의 · 의결을 거치지 아니할 수 있다.

<개정 2011.9.15.>
⑤ 국가보훈처장은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다. <신설 2016.5.29.>
⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다. <개정 2011.9.15., 2016.5.29.>
[전문개정 2008.3.28.]

법규17	**호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률** [시행 2020.4.7.] [법률 제17218호, 2020.4.7., 일부개정]

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2018. 3. 27.>
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.

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.

법규18	**장애인복지법** [시행 2021.12.21.] [법률 제18625호, 2021.12.21., 일부개정]

제32조(장애인 등록)
① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1.18., 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2017. 2. 8.>
② 삭제 <2017. 2. 8.>
③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다. <개정 2017. 2.

8., 2017. 12. 19.>
④ 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2017. 12. 19.>
⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니된다.
⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.
<신설 2010. 5.27., 2015. 6. 22., 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.>
⑦ 삭제 <2021.7.27.>
⑧ 제1항 및 제3항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18., 2010.5.27., 2015.12.29., 2017.2.8., 2021.7.27.>
[시행일: 2022.1.28.] 제32조

법규19	**장애인복지법 시행령** [시행 2022.1.1.] [대통령령 제31840호, 2021.6.29., 일부개정]

제2조(장애의 종류 및 기준)
① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람을 말한다. <개정 2018.12.31>
② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다. <개정 2018.12.31.>
[제목개정 2018.12.31.]

법규20	**장애인복지법 시행규칙** [시행 2021.12.4.] [보건복지부령 제800호, 2021.6.4., 일부개정]

제2조(장애인의 장애 정도 등)
① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애 정도는 별표 1과 같다. <개정 2019.6.4.>
② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애 정도의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. <개정 2008.3.3., 2010.3.19., 2019.6.4.>
[제목개정 2019.6.4.]

법규21	노인장기요양보험법 시행령 [시행 2020.10.1] [대통령령 제31069호, 2020.9.29, 일부개정]

제7조(등급판정기준 등)

① 법 제15조제2항에 따른 등급판정기준은 다음 각 호와 같다.
<개정 2012.6.21., 2013.5.31., 2014.6.25., 2017.12.26.>

1. 장기요양 1등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
2. 장기요양 2등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3. 장기요양 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4. 장기요양 4등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5. 장기요양 5등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
6. 장기요양 인지지원등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자

② 제1항에 따른 장기요양인정 점수는 장기요양이 필요한 정도를 나타내는 점수로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 심신의 기능 저하 상태를 측정하는 방법에 따라 산정한다. <개정 2008.2.29., 2010.3.15.>

법규22	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [시행 2021.10.1.] [보건복지부령 제833호, 2021.10.1., 일부개정]

제5조의2(중증질환심의위원회)

① 중증환자에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.
(이하 생략)

제9조(비급여대상)

① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다. <개정 2012. 8. 31., 2016. 8. 4.>
(이하 생략)

[별표 2] <개정 2021. 10. 1.>

비급여대상(제9조제1항관련)

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 반흔(흉터)구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔(흉터)제거술
   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, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「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, 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 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(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「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: 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 목

적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 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. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 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」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 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, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

법규23	산업재해보상보험법 시행규칙 [시행 2022.1.1.] [고용노동부령 제342호, 2021.12.31., 일부개정]

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다. <개정 2020. 1. 10.>

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. <개정 2019. 10. 15.>

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.>

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

법규24	응급의료에 관한 법률 시행규칙 [시행 2021.12.31.] [보건복지부령 제851호, 2021.12.31., 타법개정]

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. <개정 2008.3.3., 2008.6.13., 2010.3.19.>

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

제18조의3(응급환자의 중증도 분류 등)

① 응급의료기관의 장은 법 제31조의4제1항에 따라 응급실의 입구에 환자분류소를 설치하여 보건복지부장관이 정하는 교육을 이수한 의사, 간호사 또는 1급 응급구조사가 응급환자 등의 중증도를 분류하고, 감염병 의심환자 등을 선별하도록 해야 한다. <개정 2020.12.16.>

② 제1항에 따라 응급환자 등의 중증도를 분류하거나 감염병 의심환자 등을 선별할 때에는 환자의 주요증상, 활력징후(호흡, 맥박, 혈압, 체온), 의식 수준, 손상 기전, 통증 정도 등을 고려해야 하며 그 세부적인 기준·방법 및 절차 등은 보건복지부장관이 고시하는 한국 응급환자 중증도 분류기준에 따른다. <개정 2020.12.16.>

[본조신설 2015.12.18.]

[제목개정 2020.12.16.]

특별약관 색인

[1종] 해약환급금지급형

(ㄱ)

가족일상생활중배상책임IV(누수사고 제외)【갱신계약】 ·····803
가족일상생활중배상책임IV【갱신계약】 ·····796
각막이식수술비【갱신계약】 ·····745
간경변증진단비【갱신계약】 ·····406
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ·····188
간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외,
181일이상)【갱신계약】 ·····206
간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ·····185
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ·····497
간병인사용 질병입원일당II(요양/정신/한방병원제외,
181일이상)【갱신계약】 ·····521
간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ·····494
간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】 ·····191
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외,
1-365일)【갱신계약】 ·····202
간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)【갱신계약】 ·····501
간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외,
1-365일)【갱신계약】 ·····516
갑상선기능항진증치료비【갱신계약】 ·····562
갑상선바늘생검조직병리진단비 (연간1회한,
90일면책)【갱신계약】 ·····564
갑상선암(초기제외)진단비【갱신계약】 ·····353
경증이상치매진단비【갱신계약】 ·····729
고혈압(원발성)대상질병진단비【갱신계약】 ·····586
골절수술비【갱신계약】 ·····165
골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)【갱신계약】 ·····178
골절진단비II(치아파절제외)【갱신계약】 ·····164
급성신우신염진단비【갱신계약】 ·····405
급성심근경색증진단비【갱신계약】 ·····280
기계적혈전제거술(카테터법)치료비II(급여,
연간1회한)【갱신계약】 ·····535
기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년,

연간1회한)【갱신계약】 ·····546
기타피부암 및 갑상선암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년,
연간1회한)【갱신계약】 ·····612
기후성질환진단비(연간1회한)【갱신계약】 ·····221
깁스치료비【갱신계약】 ·····728

(ㄴ)

녹내장진단비【갱신계약】 ·····404
뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)【갱신계약】 ·····490
뇌전증진단비【갱신계약】 ·····323
뇌졸중진단비【갱신계약】 ·····277
뇌출혈진단비【갱신계약】 ·····279
뇌혈관질환수술비【갱신계약】 ·····304
뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)【갱신계약】 ·····473
뇌혈관질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】 ·····475
뇌혈관질환진단비【갱신계약】 ·····300
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)
(감액있음)【갱신계약】 ·····470
뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】 ·····464
뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)
(감액있음)【갱신계약】 ·····467

(ㄷ)

대상포진눈병진단비【갱신계약】 ·····357
대상포진진단비【갱신계약】 ·····356
대장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)【갱신계약】 ·····436
독액성동물접촉중독진단비(연간1회한)【갱신계약】 ·····222

(ㅁ)

만성당뇨합병증진단비【갱신계약】 ·····558

(ㅂ)

배상책임 일반조항 ·····786
보장특약 자동갱신(추가납입형) ·····836
보험료 자동납입 ·····829

부정맥질환(I49)진단비【갱신계약】 ·····336
비용손해 일반조항 ·····782

(ㅅ)

상급종합병원상해입원일당(1일이상)【갱신계약】 ·····183
상급종합병원상해입원일당(2-3인실,
1일이상60일한도)【갱신계약】 ·····226
상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실),
1일이상60일한도)【갱신계약】 ·····200
상급종합병원질병입원일당(1일이상)【갱신계약】 ·····462
상급종합병원질병입원일당(2-3인실,
1일이상60일한도)【갱신계약】 ·····555
상급종합병원질병입원일당(상급병실(1인실),
1일이상60일한도)【갱신계약】 ·····513
상해1~5종수술비(매회지급)【갱신계약】 ·····176
상해수술비(상급종합병원)【갱신계약】 ·····173
상해수술비(종합병원)【갱신계약】 ·····171
상해수술비【갱신계약】 ·····169
상해입원일당(1일이상)II【갱신계약】 ·····163
상해입원일당(요양/정신/한방병원,
1일이상180일한도)【갱신계약】 ·····196
상해입원일당(요양/정신/한방병원제외,
1일이상365일한도)【갱신계약】 ·····194
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)【갱신계약】 ·····210
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)【갱신계약】 ·····213
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)【갱신계약】 ·····216
상해중환자실입원일당(1일이상)II【갱신계약】 ·····179
상해흉터복원수술비【갱신계약】 ·····228
상해흉터복원수술비II(안면부)【갱신계약】 ·····230
선지급서비스 ·····823
신인공관절치환수술비(최초1회한)【갱신계약】 ·····736
신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년,
연간1회한)【갱신계약】 ·····578
신특정순환계질환진단비【갱신계약】 ·····576
심근병증진단비【갱신계약】 ·····321
심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,
90일면책)【갱신계약】 ·····599

심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 보장(급여,
연간1회한)【갱신계약】 ·····364
심장질환(특정Ⅰ)진단비【갱신계약】 ·····333
심장질환(특정Ⅱ)진단비【갱신계약】 ·····334
심장질환수술비【갱신계약】 ·····455
심장판막협착증(대동맥판막)진단비【갱신계약】 ·····351

(ㅇ)

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년,
연간1회한)(감액있음)【갱신계약】 ·····538
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년,
연간1회한)(감액있음)【갱신계약】 ·····604
암수술비(유사암제외)(최초1회한)【갱신계약】 ·····254
암수술비(유사암제외)【갱신계약】 ·····251
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)【갱신계약】 ·····265
암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】 ·····260
암직접치료통원일당(상급종합병원)【갱신계약】 ·····421
암직접치료통원일당(종합병원)【갱신계약】 ·····416
암직접치료통원일당【갱신계약】 ·····412
암진단비(유사암제외)【갱신계약】 ·····245
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 ·····438
양성뇌종양진단비【갱신계약】 ·····337
에크모치료비(체외순환막 형산화요법)(급여,
연간1회한)【갱신계약】 ·····359
외상성특정뇌손상 진단비【갱신계약】 ·····236
외상성특정뇌출혈 진단비【갱신계약】 ·····238
외상성특정장기손상 진단비【갱신계약】 ·····237
요로결석진단비【갱신계약】 ·····355
요실금수술비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 ·····376
위 · 십이지장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한)【갱신계약】 ·····434
유방바늘생검조직병리진단비(급여,
연간1회한,90일면책)【갱신계약】 ·····596
유방암으로인한유방수술비【갱신계약】 ·····451
유사암수술비【갱신계약】 ·····258
유사암진단비【갱신계약】 ·····249
응급실내원비(응급)【갱신계약】 ·····738
의료사고법률비용【갱신계약】 ·····762

이륜자동차 운전중 상해 부담보 ·····822
이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비【갱신계약】 ·····590
일반상해사망【갱신계약】 ·····160
일반상해후유장해(20~100%)【갱신계약】 ·····232
일반상해후유장해(3~100%)【갱신계약】 ·····161

(ㅈ)

자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,
90일면책)【갱신계약】 ·····602
자궁적출수술비(여성생식기의 암 · 제자리암)【갱신계약】 ·····378
장기요양간병비(1~2급)【갱신계약】 ·····752
장기요양간병비(1~3급)【갱신계약】 ·····755
장기요양간병비(1~4급)【갱신계약】 ·····758
장기요양간병비(1급)【갱신계약】 ·····750
장애인전용보험전환 ·····832
전립선바늘생검조직병리진단비 (연간1회한,
90일면책)【갱신계약】 ·····594
전이암 및 특정암Ⅱ진단비【갱신계약】 ·····370
전이암진단비【갱신계약】 ·····370
전자서명 ·····830
조혈모세포이식수술비【갱신계약】 ·····533
종합병원상해입원일당(1일이상)【갱신계약】 ·····180
종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)【갱신계약】 ·····224
종합병원상해입원일당(상급병실(1인실),
1일이상30일한도)【갱신계약】 ·····198
종합병원질병입원일당(1일이상)【갱신계약】 ·····459
종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)【갱신계약】 ·····552
종합병원질병입원일당(상급병실(1인실),
1일이상30일한도)【갱신계약】 ·····510
중대한심혈관수술비(최초1회한)【갱신계약】 ·····367
중대한재생불량성빈혈진단비【갱신계약】 ·····368
중대한화상및부식진단비【갱신계약】 ·····219
중등도이상치매진단비【갱신계약】 ·····731
중증갑상선암진단비【갱신계약】 ·····308
중증치매진단비【갱신계약】 ·····734
질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)【갱신계약】 ·····311
질병80%이상후유장해【갱신계약】 ·····241

질병사망【갱신계약】 ·····240
질병수술비(백내장제외)【갱신계약】 ·····391
질병수술비(상급종합병원)【갱신계약】 ·····383
질병수술비(종합병원)【갱신계약】 ·····380
질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급)【갱신계약】 ·····387
질병수술비【갱신계약】 ·····282
질병입원일당(1일이상)【갱신계약】 ·····243
질병입원일당(요양/정신/한방병원,
1일이상180일한도)【갱신계약】 ·····508
질병입원일당(요양/정신/한방병원제외,
1일이상365일한도)【갱신계약】 ·····505
질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)【갱신계약】 ·····526
질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)【갱신계약】 ·····529
질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)【갱신계약】 ·····531
질병중환자실입원일당(1일이상)【갱신계약】 ·····457
질병후유장해(3~100%)【갱신계약】 ·····242

(ㅊ)
초회보험료자동납입 추가 ·····829
충수염(맹장염)수술비【갱신계약】 ·····560
치매 CDR척도검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 ·····813
치매 MRI·CT·PET검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 ·····811
치아파절진단비(연간3회한)【갱신계약】 ·····220

(ㅋ)
크론병및궤양성대장염진단비【갱신계약】 ·····362

(ㅌ)
통풍진단비【갱신계약】 ·····366
특별조건부 (표준하체 인수) ·····831
특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 ·····825
특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)
(최초1회한)(감액있음)【갱신계약】 ·····567
특정바이러스질환진단비【갱신계약】 ·····425
특정법정감염병진단비【갱신계약】 ·····402

특정암ㅣㅣ진단비【갱신계약】 ·····373

(ㅍ)

파킨슨병진단비【갱신계약】 ·····817
표적치매약물허가치료비(최경증치매 · 경증알츠하이머치매)
(7회이상, 최초1회한)【갱신계약】 ·····798
표적치매약물허가치료비(최경증치매 · 경증알츠하이머치매)
(최초1회한)【갱신계약】 ·····792
표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)
(14회이상, 최초1회한)【갱신계약】 ·····804

(ㅎ)

항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선,음경,고환)
암)【갱신계약】 ·····327
항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)
암)【갱신계약】 ·····330
항암방사선치료비【갱신계약】 ·····271
항암약물치료비【갱신계약】 ·····274
허혈성심장질환수술비【갱신계약】 ·····306
허혈성심장질환입원일당(1일이상180일한도)【갱신계약】 ·····486
허혈성심장질환입원일당(요양제외,
1일이상180일한도)【갱신계약】 ·····488
허혈성심장질환진단비【갱신계약】 ·····302
허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)
(감액있음)【갱신계약】 ·····483
허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)(감액있음)【갱신계약】 ·····477
허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)
(감액있음)【갱신계약】 ·····480
혈전용해치료비ㅣㅣ(연간1회한)【갱신계약】 ·····349
혈전용해치료비ㅣㅣ(최초1회한)【갱신계약】 ·····346
화상수술비【갱신계약】 ·····167
화상진단비【갱신계약】 ·····166

(기타)

10대고액치료비암진단비【갱신계약】 ·····265
116대질병수술비 ·····285

116대질병수술비Ⅰ【갱신계약】 ……285
116대질병수술비Ⅱ【갱신계약】 ……287
116대질병수술비Ⅲ【갱신계약】 ……290
116대질병수술비Ⅳ【갱신계약】 ……293
116대질병수술비Ⅴ【갱신계약】 ……297
116대질병수술비Ⅵ【갱신계약】 ……298
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】 ……651
2대질환 CT, MRI, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 ……478
2대질환 혈관조영술 검사지원비(급여, 연간1회한)【갱신계약】 ……480
5대골절수술비【갱신계약】 ……230
5대골절진단비【갱신계약】 ……229
5대장기이식수술비【갱신계약】 ……762
6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】 ……

[2종] 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)

(ㄱ)

가족일상생활중배상책임IV(누수사고 제외)【갱신계약】 ……803
가족일상생활중배상책임IV【갱신계약】 ……796
각막이식수술비 ……745
간경변증진단비 ……406
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원) ……188
간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ……206
간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일) ……185
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원) ……497
간병인사용 질병입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ……521
간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일) ……494
간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일) ……191
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일) ……202
간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일) ……501
간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일) ……516
갑상선기능항진증치료비 ……562
갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한,90일면책) ……564
갑상선암(초기제외)진단비 ……353
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)II【갱신계약】 ……629
경증이상치매진단비 ……729
고혈압(원발성)대상질병진단비 ……586
골절수술비 ……165
골절진단비(치아파절포함)(연간1회한) ……178
골절진단비II(치아파절제외) ……164
급성신우신염진단비 ……405
급성심근경색증진단비 ……280
기계적혈전제거술(카테터법)치료비II(급여, 연간1회한) ……535
기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한) ……546
기타피부암 및 갑상선암 주요치료비II(진단후 10년, 연간1회한) ……612
기타피부암,갑상선암 치료비지원【갱신계약】 ……645
기후성질환진단비(연간1회한) ……221
깁스치료비 ……728

(ㄴ)
녹내장진단비 ·····404
뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한) ·····490
뇌전증진단비 ·····323
뇌졸중진단비 ·····277
뇌출혈진단비 ·····279
뇌혈관질환수술비 ·····304
뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도) ·····473
뇌혈관질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ·····475
뇌혈관질환진단비 ·····300
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음) ·····470
뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)(감액있음) ·····464
뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음) ·····467

(ㄷ)
대상포진눈병진단비 ·····357
대상포진진단비 ·····356
대장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한) ·····436
독액성동물접촉중독진단비(연간1회한) ·····222

(ㅁ)
만성당뇨합병증진단비 ·····558

(ㅂ)
배상책임 일반조항 ·····786
보장특약 자동갱신(추가납입형) ·····836
보험료 자동납입 ·····829
부정맥질환(I49)진단비 ·····336
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)II【갱신계약】 ·····635
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus
(종합병원)【갱신계약】 ·····695
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus
(종합병원)【갱신계약】 ·····704
비용손해 일반조항 ·····762

(ㅅ)

상급종합병원상해입원일당(1일이상) ·····183
상급종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도) ·····226
상급종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도) ·····200
상급종합병원질병입원일당(1일이상) ·····462
상급종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도) ·····555
상급종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도) ·····513
상해1~5종수술비(매회지급) ·····176
상해수술비(상급종합병원) ·····173
상해수술비(종합병원) ·····171
상해수술비 ·····169
상해입원일당(1일이상)II ·····163
상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도) ·····196
상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도) ·····194
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) ·····210
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한) ·····213
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한) ·····216
상해중환자실입원일당(1일이상)II ·····179
상해흉터복원수술비 ·····228
상해흉터복원수술비II(안면부) ·····230
선지급서비스 ·····823
신인공관절치환수술비(최초1회한) ·····736
신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년,
연간1회한) ·····578
신특정순환계질환진단비 ·····576
심근병증진단비 ·····321
심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책) ·····599
심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 보장(급여, 연간1회한) ·····364
심장질환(특정 I)진단비 ·····333
심장질환(특정II)진단비 ·····334
심장질환수술비 ·····455
심장판막협착증(대동맥판막)진단비 ·····351

(ㅇ)

암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)【갱신계약】 ·····642
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년,

연간1회한)(감액있음) ·····538
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비II(진단후 10년,
연간1회한)(감액있음) ·····604
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료
일부지급형)【갱신계약】 ·····679
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료
제외형)【갱신계약】 ·····664
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료
포함형)【갱신계약】 ·····648
암수술비(유사암제외)(최초1회한) ·····254
암수술비(유사암제외) ·····251
암요양병원입원일당(1일이상90일한도) ·····265
암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ·····260
암직접치료통원일당(상급종합병원) ·····421
암직접치료통원일당(종합병원) ·····416
암직접치료통원일당 ·····412
암진단비(유사암제외) ·····245
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한) ·····438
양성뇌종양진단비 ·····337
에크모치료비(체외순환막 형산화요법)(급여, 연간1회한) ·····359
외상성특정뇌손상 진단비 ·····236
외상성특정뇌출혈 진단비 ·····238
외상성특정장기손상 진단비 ·····237
요로결석진단비 ·····355
요실금수술비(급여, 연간1회한) ·····376
위·십이지장 양성종양 및 용종진단비(연간1회한) ·····434
유방바늘생검조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책) ·····596
유방암으로인한유방수술비 ·····451
유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료
일부지급형)【갱신계약】 ·····687
유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료
제외형)【갱신계약】 ·····672
유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료
포함형)【갱신계약】 ·····656
유사암수술비 ·····258
유사암진단비 ·····249
응급실내원비(응급) ·····738
의료사고법률비용 ·····762

이륜자동차 운전중 상해 부담보 ·····822
이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비 ·····590
일반상해사망 ·····160
일반상해후유장해(20~100%) ·····232
일반상해후유장해(3~100%) ·····161

(ㅈ)

자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한,90일면책) ·····602
자궁적출수술비(여성생식기의 암 · 제자리암) ·····378
장기요양간병비(1~2급) ·····752
장기요양간병비(1~3급) ·····755
장기요양간병비(1~4급) ·····758
장기요양간병비(1급) ·····750
장애인전용보험전환 ·····832
전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한,90일면책) ·····594
전이암 및 특정암II진단비 ·····370
전이암II 주요치료비Plus(종합병원)【갱신계약】 ·····721
전이암진단비 ·····370
전자서명 ·····830
조혈모세포이식수술비 ·····533
종합병원상해입원일당(1일이상) ·····180
종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도) ·····224
종합병원상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도) ·····198
종합병원질병입원일당(1일이상) ·····459
종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도) ·····552
종합병원질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도) ·····510
중대한심혈관수술비(최초1회한) ·····367
중대한재생불량성빈혈진단비 ·····368
중대한화상및부식진단비 ·····219
중등도이상치매진단비 ·····731
중증갑상선암진단비 ·····308
중증치매진단비 ·····734
질병1~5종수술비II(매회지급) ·····311
질병80%이상후유장해 ·····241
질병사망 ·····240
질병수술비(백내장제외) ·····391
질병수술비(상급종합병원) ·····383

질병수술비(종합병원) ·····380
질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급) ·····387
질병수술비 ·····282
질병입원일당(1일이상) ·····243
질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도) ·····508
질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도) ·····505
질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) ·····526
질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한) ·····529
질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한) ·····531
질병중환자실입원일당(1일이상) ·····457
질병후유장해(3~100%) ·····242

(ㅊ)

초회보험료자동납입 추가 ·····829
충수염(맹장염)수술비 ·····560
치아파절진단비(연간3회한) ·····220

(ㅋ)

크론병및궤양성대장염진단비 ·····362

(ㅌ)

통풍진단비 ·····366
특별조건부 (표준하체 인수) ·····831
특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 ·····825
특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)
(감액있음) ·····567
특정바이러스질환진단비 ·····425
특정법정감염병진단비 ·····402
특정암Ⅱ진단비 ·····373

(ㅍ)

표적항암약물허가치료비(최초1회한)Ⅱ【갱신계약】 ·····622

(ㅎ)

항암방사선치료비(남성생식기관련 (전립선,음경,고환)암) ·····327
항암방사선치료비(여성생식기관련 (자궁,난소,외음,질,태반)암) ·····330
항암방사선치료비 ·····271
항암약물치료비 ·····274
항암중입자방사선치료비(최초1회한)【갱신계약】 ·····618
허혈성심장질환수술비 ·····306
허혈성심장질환입원일당(1일이상180일한도) ·····486
허혈성심장질환입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ·····488
허혈성심장질환진단비 ·····302
허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)(감액있음) ·····483
허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)(감액있음) ·····477
허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)(감액있음) ·····480
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한) ·····348
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한) ·····346
화상수술비 ·····167
화상진단비 ·····166

(기타)

10대고액치료비암진단비 ·····269
116대질병수술비 ·····285
116대질병수술비Ⅰ ·····285
116대질병수술비Ⅱ ·····287
116대질병수술비Ⅲ ·····290
116대질병수술비Ⅳ ·····293
116대질병수술비Ⅴ ·····297
116대질병수술비Ⅵ ·····298
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)
(감액있음) ·····571
2대질병(뇌, 심장) 치료비지원【갱신계약】 ·····646
5대골절수술비 ·····234
5대골절진단비 ·····233
5대장기이식수술비 ·····743
6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)(감액있음) ·····431

장기25-25052-1



서울특별시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩(역삼동) | 고객콜센터 1544-0114