KB금융그룹 | 국민의 평생 금융파트너

보종 25286/25287/25288/25289 | 장기상품개발파트 2026년 8월 제작

KB 금쪽같은 자녀보험Plus
(무배당)(26.07)

※2026년 8월 1일부터 적용

KB손해보험





사랑하는 가족의 행복 지키기

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 가이드북 ····· 37

약관 요약서 ····· 41
Ⅰ. 보험계약의 개요 ····· 42
Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항 ····· 43
Ⅲ. 보험계약의 일반사항 ····· 72

공통사항

보험약관 이해하기 ····· 81
보험용어 해설 ····· 82
주요내용 요약서 ····· 83
가입자 유의사항 ····· 85
자주 발생하는 민원 ····· 88
보험금 지급절차 안내 ····· 89
보험금 청구서류 안내 ····· 91
개인신용정보 제공이용에 대한 고객 권리 안내 ····· 100
고객정보 취급방침 ····· 102

1종【1형(자녀 납입면제 환급형), 2형(자녀 납입면제 기본형)】
2종【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】

보통약관

제1절 일반조항 ····· 108

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 108
제1조(목적) ····· 108
제2조(용어의 정의) ····· 108

제2관 보험금의 지급 ····· 110
제3조(보험금의 지급사유) ····· 110
제4조(보장보험료 납입면제) ····· 110
제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유) ····· 115
제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 119
제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 119
제8조(보험금 지급사유의 통지) ····· 120
제9조(보험금의 청구) ····· 120
제10조(보험금의 지급절차) ····· 120
제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급) ····· 121
제12조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 122
제13조(주소변경통지) ····· 122
제14조(보험수익자의 지정) ····· 122
제15조(대표자의 지정) ····· 122

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 123
제16조(계약전 알릴 의무) ····· 123
제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 123
제18조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 125
제19조(사기에 의한 계약) ····· 125

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 126
제20조(보험계약의 성립) ····· 126
제21조(청약의 철회) ····· 126
제22조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 127
제23조(계약의 무효) ····· 128
제24조(계약내용의 변경 등) ····· 128
제25조(보험나이 등) ····· 129
제26조(계약의 소멸) ····· 130

제5관 보험료의 납입 ····· 130
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 130
제28조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 131
제29조(보험료의 자동대출납입) ····· 131
제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 131
제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 132
제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ···· 132

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 132
제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 132
제33조의1(위법계약의 해지) ····· 133
제34조(중대사유로 인한 해지) ····· 133
제35조(회사의 파산선고와 해지) ····· 133
제36조(해약환급금) ····· 133
제37조(보험계약대출) ····· 135
제38조(중도인출) ····· 135
제39조(배당금의 지급) ····· 135

제7관 지정대리청구에 관한 사항 ····· 136
제40조(적용대상) ····· 136
제41조(지정대리청구인의 지정) ····· 136
제42조(지정대리청구인의 변경지정) ····· 136
제43조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구) ····· 136
제44조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차) ····· 136

제8관 분쟁의 조정 등 ····· 136
제45조(분쟁의 조정) ····· 136
제46조(관할법원) ····· 136
제47조(소멸시효) ····· 136
제48조(약관의 해석) ····· 137
제49조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 137
제50조(회사의 손해배상책임) ····· 137
제51조(개인정보보호) ····· 137
제52조(준거법) ····· 138
제53조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 138

제2절 보통약관의 보장 ····· 138
1. 일반상해후유장해(3~100%) ····· 138
2. 일반상해후유장해(20~100%) ····· 139
3. 일반상해사망 ····· 140

특별약관

제1장 의무부가 관련 특별약관
의무부가 관련 일반조항 ····· 144
1. 자녀보험료납입면제대상보장(11대) ····· 144
2. 자녀보험료납입면제대상보장(12대) ····· 149

제2장 상해 관련 특별약관
상해 관련 일반조항 ····· 156
1. 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 156
2. 교통상해80%이상후유장해(비운전자) ····· 157
3. 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해 ····· 158
4. 교육기관생활중상해80%이상후유장해 ····· 160
5. 스포츠활동중상해80%이상후유장해 ····· 161
6. 팔및손가락후유장해 ····· 162
7. 자전거탑승중상해80%이상후유장해 ····· 163
8. 상해입원일당(1일이상)Ⅱ ····· 164
8-1. 상해입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】 ····· 164

9. 상해입원일당(1일이상 10일한도) ····· 165
10. 상해입원일당(1일이상 20일한도) ····· 165
11. 상급종합병원 상해입원일당(1일이상) ····· 166
12. 탈구염좌및과긴장입원일당(4일이상) ····· 167
13. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외) ····· 168
13-1. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외)【갱신계약】 ····· 168
14. 5대골절진단비 ····· 168
14-1. 5대골절진단비【갱신계약】 ····· 168
15. 골절수술비 ····· 169
16. 5대골절수술비Q ····· 170
17. 화상진단비 ····· 171
17-1. 화상진단비【갱신계약】 ····· 171
18. 화상수술비Q ····· 171
19. 폭력피해보장 ····· 172
20. 중대한화상및부식진단비 ····· 173
21. 스쿨존내어린이교통사고보장 ····· 173
22. 상해수술비Q ····· 174
22-1. 상해수술비Q【갱신계약】 ····· 174
23. 일반상해사망 추가 ····· 176
23-1. 일반상해사망【갱신계약】 ····· 176
24. 일반상해80%이상후유장해 ····· 176
25. 종합병원 상해입원일당(1일이상) ····· 177
26. 상해중환자실입원일당(1일이상)Ⅱ ····· 178
26-1. 상해중환자실입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】 ····· 178
27. 상해흉터복원수술비Ⅱ(안면부) ····· 179
28. 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 180
29. 심한상해수술비 ····· 181
30. 상해1~5종수술비(매회지급) ····· 182
30-1. 상해1~5종수술비(매회지급)【갱신계약】 ····· 182
31. 상해흉터복원수술비 ····· 184
32. 상급종합병원 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(1-180일) ····· 185
33. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외)(태아가입) ····· 187
33-1. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외)(태아가입)【갱신계약】 ····· 187
34. 골절수술비(태아가입)Q ····· 187
35. 외상성특정뇌출혈진단비 ····· 188
36. 외상성특정장기손상진단비 ····· 189
37. 중대한특정상해수술비 ····· 189
38. 상해사고부상보장Ⅰ ····· 191
39. 골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한) ····· 192
40. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한) ····· 194
41. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)(태아가입) ····· 194
42. 골절수술비(1~5급, 연간1회한)Q ····· 195
43. 외모특정상해(머리, 목)수술비 ····· 197
44. 교통상해후유장해(3~79%)(비운전자) ····· 198
45. 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%) ····· 200
46. 교육기관생활중상해후유장해(3~79%) ····· 201
47. 스포츠활동중상해후유장해(3~79%) ····· 202
48. 자전거탑승중상해후유장해(3~79%) ····· 203
49. 유괴납치피해보장 ····· 204
50. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일) ····· 205
50-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】 ····· 205
51. 상급종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도) ····· 207
52. 상해수술비(종합병원) ····· 208
52-1. 상해수술비(종합병원)【갱신계약】 ····· 208
53. 상해수술비(상급종합병원) ····· 210
53-1. 상해수술비(상급종합병원)【갱신계약】 ····· 210
54. 종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도) ····· 211
55. 상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급) ····· 212
56. 골절수술비Q ····· 214
57. 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일) ····· 215
57-1. 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ····· 215
58. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원) ····· 217
58-1. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ··· 217
59. 아나필락시스진단비(응급의료, 연간1회한) ····· 218
60. 아나필락시스진단비(연간1회한) ····· 220
61. 중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 220

61-1. 중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 220
62. 중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 222
62-1. 중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 222
63. 종합병원 상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도) ····· 224
64. 상급종합병원 상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도) ···· 225
65. 창상봉합술 치료비(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ····· 226
66. 창상봉합술 치료비(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ····· 227
67. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) ····· 228
68. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한) ····· 230
69. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한) ····· 231
70. 간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한) ····· 232
70-1. 간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】 ····· 232
71. 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도) ····· 235
72. 상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도) ····· 236
73. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일) ····· 237
73-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】 ····· 237
74. 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ·· 239
74-1. 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 239
75. 상해통합치료비Plus ····· 242
75-1. 상해통합치료비Plus【갱신계약】 ····· 242

제3장 질병 관련 특별약관

질병 관련 일반조항 ····· 258
1. 암진단비(유사암제외)(감액없음) ····· 258
1-1. 암진단비(유사암제외)(감액없음)【갱신계약】 ····· 258
1-2. 암진단비(유사암제외)(감액없음)【예약】 ····· 259
2. 유사암진단비(감액없음) ····· 261
2-1. 유사암진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 261
2-2. 유사암진단비(감액없음)【예약】 ····· 262
3. 다발성소아암진단비(감액없음) ····· 263
4. 갑상선암(초기제외)진단비(감액없음) ····· 264
4-1. 갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)【예약】 ····· 265
5. 암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ····· 267
5-1. 암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】 267
6. 암수술비(유사암제외)(최초1회한) ····· 269
6-1. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)【갱신계약】 ····· 269
7. 10대고액치료비암진단비(감액없음) ····· 271
8. 뇌졸중진단비(감액없음) ····· 273
8-1. 뇌졸중진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 273
8-2. 뇌졸중진단비(감액없음)【예약】 ····· 274
9. 뇌출혈진단비(감액없음) ····· 275
10. 급성심근경색증진단비(감액없음) ····· 275
10-1. 급성심근경색증진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 275
10-2. 급성심근경색증진단비(감액없음)【예약】 ····· 276
11. 양성뇌종양진단비 ····· 277
11-1. 양성뇌종양진단비【갱신계약】 ····· 277
12. 말기신부전증진단비 ····· 278
13. 충수염(맹장염)수술비 ····· 278
13-1. 충수염(맹장염)수술비【갱신계약】 ····· 278
14. 식중독입원일당(4일이상) ····· 279
15. 특정법정감염병진단비 ····· 280
16. 당뇨병수술비 ····· 281
17. 시청각질환수술비 ····· 282
18. 호흡기관련질병수술비 ····· 283
19. 질병입원일당(1일이상)Q ····· 284
19-1. 질병입원일당(1일이상)Q【갱신계약】 ····· 284
20. 조혈모세포이식수술비 ····· 285
21. 중대한재생불량성빈혈진단비 ····· 286
22. 중대한가와사키·류마티스열진단비 ····· 287
23. 어린이개흉심장수술비 ····· 288
24. 중증세균성수막염진단비 ····· 289
25. 소아백혈병진단비 ····· 290

26. 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 291
27. 질병수술비 ····· 292
27-1. 질병수술비【갱신계약】 ····· 292
28. 질병수술비(백내장제외) ····· 293
28-1. 질병수술비(백내장제외)【갱신계약】 ····· 293
29. 종합병원 질병입원일당(1일이상)Q ····· 295
30. 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급) ····· 297
30-1. 질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급)【갱신계약】 ····· 297
31. 질병사망 ····· 298
31-1. 질병사망【갱신계약】 ····· 298
32. 십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음) ····· 299
33. 만성당뇨합병증진단비(감액없음) ····· 300
34. 질병중환자실입원일당(1일이상)Q ····· 301
34-1. 질병중환자실입원일당(1일이상)Q【갱신계약】 ····· 301
35. 원형탈모증진단비 ····· 302
36. 뇌혈관질환수술비 ····· 302
36-1. 뇌혈관질환수술비【갱신계약】 ····· 302
37. 모야모야병개두수술비 ····· 303
38. 소아탈장수술비 ····· 304
39. 5대기관질병수술비(최초1회한)(감액없음) ····· 305
40. 특정갑상선기능저하증진단비 ····· 307
41. 질병80%이상후유장해 ····· 307
42. 누적외상성질환(VDT증후군)입원일당(1일이상) ····· 308
43. 뇌혈관질환진단비(감액없음) ····· 309
43-1. 뇌혈관질환진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 309
44. 허혈성심장질환진단비(감액없음) ····· 310
44-1. 허혈성심장질환진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 310
45. 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 311
46. 재진단암진단비 ····· 312
46-1. 재진단암진단비【갱신계약】 ····· 312
47. 특정바이러스질환진단비(감액없음) ····· 318
48. 질병수술입원일당(20일한도) ····· 319
49. 질병으로인한 3대시각질환수술비 ····· 322
49-1. 질병으로인한 3대시각질환수술비【예약】 ····· 323
50. 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한) ····· 324
50-1. 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)【예약】 ····· 325
51. 특정희귀난치성질환수술비 ····· 327
52. 특정희귀난치성질환입원일당(1일이상) ····· 328
53. 약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비 ····· 329
53-1. 약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비【예약】 ····· 329
54. 결핵진단비 ····· 330
55. 허혈성심장질환수술비 ····· 331
55-1. 허혈성심장질환수술비【갱신계약】 ····· 331
56. 척추측만증수술비 ····· 332
57. 뇌졸중진단비(태아가입) ····· 333
57-1. 뇌졸중진단비(태아가입)【갱신계약】 ····· 333
58. 뇌출혈진단비(태아가입) ····· 334
59. 뇌혈관질환진단비(태아가입) ····· 335
59-1. 뇌혈관질환진단비(태아가입)【갱신계약】 ····· 335
60. 항암방사선치료비(감액없음) ····· 336
60-1. 항암방사선치료비(감액없음)【갱신계약】 ····· 336
61. 항암약물치료비(감액없음) ····· 338
61-1. 항암약물치료비(감액없음)【갱신계약】 ····· 338
62. 후각특정질환수술비 ····· 340
63. 내향성손발톱치료비(소독, 도포및붕대치료제외)(연간1회한)(감액없음) ····· 341
64. 어린이특정질병입원일당(1일이상) ····· 342
65. 4대기관특정질환입원일당(1일이상) ····· 343
66. 4대기관특정질환입원일당(선천질환포함)(1일이상) ····· 344
67. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)Q ····· 345
68. 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 346
69. 중증아토피진단비 ····· 347
70. 소아·청소년 특정성인병진단비【예약】 ····· 348
71. 질병후유장해(3~100%) ····· 348
71-1. 질병후유장해(3~100%)【갱신계약】 ····· 348
72. 질병입원일당(1일이상 10일한도)Q ····· 349
73. 질병입원일당(1일이상 20일한도)Q ····· 350
74. 암요양병원입원일당(1일이상60일한도) ····· 352

74-1. 암요양병원입원일당(1일이상60일한도)【갱신계약】 ····· 352
75. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도) ····· 354
75-1. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)【갱신계약】 ····· 354
76. 뇌하수체기능저하진단비 ····· 357
77. 116대질병수술비(감액없음) ····· 357
77-1. 116대질병수술비Ⅰ(감액없음) ····· 357
77-1-1. 116대질병수술비Ⅰ(감액없음)【갱신계약】 ····· 357
77-2. 116대질병수술비Ⅱ(감액없음) ····· 359
77-2-1. 116대질병수술비Ⅱ(감액없음)【갱신계약】 ····· 359
77-3. 116대질병수술비Ⅲ(감액없음) ····· 360
77-3-1. 116대질병수술비Ⅲ(감액없음)【갱신계약】 ····· 360
77-4. 116대질병수술비Ⅳ(감액없음) ····· 362
77-4-1. 116대질병수술비Ⅳ(감액없음)【갱신계약】 ····· 362
77-5. 116대질병수술비Ⅴ(감액없음) ····· 364
77-5-1. 116대질병수술비Ⅴ(감액없음)【갱신계약】 ····· 364
77-6. 116대질병수술비Ⅵ(감액없음) ····· 365
77-6-1. 116대질병수술비Ⅵ(감액없음)【갱신계약】 ····· 365
78. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함) ····· 366
78-1. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)【갱신계약】 366
79. 갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한) ····· 371
80. 전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한) ····· 372
80-1. 전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)【예약】 ····· 373
81. 암직접치료통원일당 ····· 374
82. 암직접치료통원일당(상급종합병원) ····· 377
83. 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한) ····· 379
84. 암특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한) ····· 382
85. 말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형) ····· 384
85-1. 말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형)【예약】 ····· 386
86. 6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한) ····· 388
87. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 389
87-1. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ·· 389
88. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 393
88-1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 393
89. 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약】 ····· 396
89-1. 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약, 예약】 ···· 404
90. 질병수술비Q ····· 412
90-1. 질병수술비Q【갱신계약】 ····· 412
91. 질병수술비(백내장제외)Q ····· 414
91-1. 질병수술비(백내장제외)Q【갱신계약】 ····· 414
92. 신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함) ····· 416
92-1. 신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)【갱신계약】 ····· 416
93. 질병수술입원일당(20일한도)Q ····· 421
94. 뇌성마비진단비 ····· 424
95. 수두진단비(태아가입) ····· 425
96. 천식지속상태(급성중증천식)진단비 ····· 425
97. 12대소화계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 426
98. 중등도이상아토피진단비 ····· 427
99. 아토피진단비 ····· 428
100. 11대특정감염병진단비(수족구포함)(연간1회한, 10일면책) ····· 428
101. 11대특정감염병진단비(수족구포함)(연간1회한)(태아가입) ····· 429
102. 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)【갱신계약】 ····· 430
102-1. 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 431
103. 수두진단비 ····· 432
104. 표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 433
표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 433
104-1. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음) ····· 433
104-2. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 433
104-3. 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음) ····· 435
104-4. 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 435

105. 심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음) ····· 437
105-1. 심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 437
106. 심장질환(특정Ⅱ)진단비(감액없음) ····· 438
106-1. 심장질환(특정Ⅱ)진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 438
107. 심장질환수술비 ····· 439
107-1. 심장질환수술비【갱신계약】 ····· 439
108. 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일) ····· 440
108-1. 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ····· 440
109. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원) ····· 442
109-1. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ·· 442
110. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일) ····· 444
110-1. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)【갱신계약】 ··· 444
111. 뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한) ····· 447
112. 특정뇌동맥질환 혈관색전술 보장(급여, 연간1회한)(감액없음) ····· 448
113. 심장부정맥 고주파·냉각절제술 보장(급여, 연간1회한)(감액없음) ·· 450
114. 뇌 정위적 방사선술 보장(급여, 연간1회한)(감액없음) ····· 451
115. 질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)(매회지급) ····· 452
115-1. 질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)(매회지급)【갱신계약】 ····· 452
116. 다빈치로봇 암수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 454
116-1. 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 454
116-2. 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 457
117. 특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약】 ····· 460
117-1. 특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약, 예약】 ····· 462
118. 2대중추신경계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 465
119. 골·관절연골양성종양진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 466
120. 중이·호흡계·흉곽내기관양성종양진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 466
121. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】 ····· 467
121-1. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 467
122. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】 ····· 470
122-1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 470
123. 척추측만증진단비(Cobb's 각도 20도 이상) ····· 474
124. 보험료납입지원(유사암진단) ····· 475
125. 사시수술비 ····· 476
126. 부정맥질환(I49)진단비(감액없음) ····· 477
126-1. 부정맥질환(I49)진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 477
127. 중증갑상선암진단비(감액없음) ····· 478
127-1. 중증갑상선암진단비(감액없음)【예약】 ····· 479
128. 암수술비(유사암제외) ····· 481
128-1. 암수술비(유사암제외)【갱신계약】 ····· 481
129. 유사암수술비 ····· 483
129-1. 유사암수술비【갱신계약】 ····· 483
130. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음) ····· 484
130-1. 전이암진단비(감액없음) ····· 484
130-2. 특정암Ⅱ진단비(감액없음) ····· 486
131. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 484
131-1. 전이암진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 484
131-2. 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 486
132. 질병악안면수술비(급여, 연간1회한) ····· 488
132-1. 질병악안면수술비(급여, 연간1회한)【예약】 ····· 490
133. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 493
133-1. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 497
134. 질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급) ····· 501
134-1. 질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급)【갱신계약】 ····· 501
135. 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(감액없음) ····· 503
135-1. 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(감액없음)【예약】 ····· 504
136. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(감액없음) ····· 506
136-1. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(감액없음)【예약】 ····· 507

137. 항암약물치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외) ·· 508
138. 신특정순환계질환진단비(감액없음) ····· 510
138-1. 신특정순환계질환진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 510
139. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한) ····· 511
139-1. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】 ····· 511
140. 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한) ····· 514
141. 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한) ····· 515
141-1. 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)【예약】 ····· 516
142. 결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 518
142-1. 결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 518
143. 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 519
143-1. 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 519
144. 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) · 522
144-1. 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 522
145. 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 525
145-1. 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 525
146. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 528
146-1. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 528
147. 통합 뇌질병진단비(감액없음) ····· 532
148. 항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암)(감액없음) ····· 533
149. 항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암)(감액없음) ····· 535
150. 암직접치료통원일당(종합병원) ····· 536
151. 뇌혈관질환통원일당(연간30일한도) ····· 539
152. 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도) ····· 540
153. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도) ····· 542
154. 허혈성심장질환통원일당(연간30일한도) ····· 543
155. 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도) ····· 544
156. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도) ····· 546
157. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한) ····· 547
158. 비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한) ····· 551
159. 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)Q ····· 553
160. 질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)Q ····· 555
161. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일) 556
161-1. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】 ····· 556
162. 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 559
162-1. 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 559
163. 종합병원 질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)Q ····· 562
164. 상급종합병원 질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)Q 563
165. 암수술비(유사암제외)(30%체증형) ····· 565
166. 뇌혈관질환수술비(30%체증형)(감액없음) ····· 568
167. 허혈성심장질환수술비(30%체증형)(감액없음) ····· 569
168. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간15회한) ····· 570
169. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간30회한) ····· 572
170. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간60회한) ····· 573
171. 항암방사선약물치료비(감액없음) ····· 574
171-1. 항암방사선약물치료비(감액없음)【갱신계약】 ····· 574
172. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 576
172-1. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 576
173. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】 ···· 580
173-1. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 580
174. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(감액없음) ····· 583

175. 통합암진단비Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)(감액없음) ····· 587
176. 통합전이암진단비(감액없음) ····· 592
177. 암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 597
177-1. 암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 597
178. 유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 601
178-1. 유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 601
179. 항암중입자방사선치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 604
180. 암 치료비지원(기타피부암, 갑상선암 제외) ····· 606
181. 전이암Ⅱ수술비 ····· 607
181-1. 전이암Ⅱ수술비【갱신계약】 ····· 607
182. 전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ····· 609
182-1. 전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】 ····· 609
183. 전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도) ····· 611
183-1. 전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도)【갱신계약】 ·· 611
184. 전이암Ⅱ항암방사선치료비 ····· 613
184-1. 전이암Ⅱ항암방사선치료비【갱신계약】 ····· 613
185. 전이암Ⅱ항암약물치료비 ····· 614
185-1. 전이암Ⅱ항암약물치료비【갱신계약】 ····· 614
186. 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 616
187. 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 619
188. 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 622
189. 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 626
190. 간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한) ····· 629
190-1. 간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】 ····· 629
191. 종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)Q ····· 632
192. 상급종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)Q ····· 633
193. 질병수술비(종합병원) ····· 635
193-1. 질병수술비(종합병원)【갱신계약】 ····· 635
194. 질병수술비(상급종합병원) ····· 637
194-1. 질병수술비(상급종합병원)【갱신계약】 ····· 637
195. 질병1~5종수술비Ⅱ(상급종합병원, 매회지급) ····· 639
195-1. 질병1~5종수술비Ⅱ(상급종합병원, 매회지급)【갱신계약】 ·· 639
196. 특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) ····· 641
197. 항암방사선치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 642
198. 신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음) ····· 644
198-1. 신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 644
199. 신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 648
199-1. 신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 648
200. 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)후유장해(3~100%) ····· 651
201. 신특정순환계질환후유장해(3~100%) ····· 653
202. 기타피부암, 갑상선암 치료비지원 ····· 654
203. 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원 ····· 655
204. 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음) ·· 656
204-1. 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)【갱신계약】 ····· 656
205. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음) ····· 659
205-1. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음)【갱신계약】 ····· 659
206. 상급종합병원 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(1-180일) ····· 661
207. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음) 663
207-1. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】 ····· 663
208. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(감액없음) ····· 667
208-1. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(감액없음)【갱신계약】 ····· 667

209. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ···· 672
209-1. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 672
210. 암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음) ····· 676
210-1. 암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 676
211. 암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비(진단후, 각 연간1회한)(감액없음) 679
211-1. 암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비(진단후, 각 연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 679
212. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 681
212-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 681
213. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 686
213-1. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 686
214. 전이암II 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 690
214-1. 전이암II 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】 690
215. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비II(종합병원, 연간1회한) ····· 694
216. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음) ····· 698
216-1. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음)【갱신계약】 ··· 698
217. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 702
217-1. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 702
218. 암(유사암제외) 주요치료비II(종합병원, 각 연간1회한) ····· 707
218-1. 암(유사암제외) 주요치료비II(종합병원, 각 연간1회한)【갱신계약】 ····· 707
219. 유사암 주요치료비II(종합병원, 각 연간1회한) ····· 712
219-1. 유사암 주요치료비II(종합병원, 각 연간1회한)【갱신계약】 712
220. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 716
220-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 716
221. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 721
221-1. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 721
222. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음) ····· 725
223. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음) ····· 729
224. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 734
224-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 734
225. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 739
225-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 739
226. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) ····· 748
226-1. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 748
227. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) ···· 752
227-1. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 752
228. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음) ··· 757
228-1. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음)【갱신계약】 ····· 757
229. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) ····· 762
229-1. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 762
230. 폐렴진단비(최초1회한) ····· 766
230-1. 폐렴진단비(최초1회한)【갱신계약】 ····· 766

231. 폐렴진단비(연간1회한) ····· 768
231-1. 폐렴진단비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 768
232. 패혈증진단비(최초1회한) ····· 769
232-1. 패혈증진단비(최초1회한)【갱신계약】 ····· 769
233. 패혈증진단비(연간1회한) ····· 769
233-1. 패혈증진단비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 769
234. 주요폐질환진단비(최초1회한) ····· 770
234-1. 주요폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】 ····· 770
235. 주요폐질환진단비(연간1회한) ····· 771
235-1. 주요폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 771
236. 외부요인폐질환진단비(최초1회한) ····· 772
236-1. 외부요인폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】 ····· 772
237. 외부요인폐질환진단비(연간1회한) ····· 774
237-1. 외부요인폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 774
238. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 775
238-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 775
239. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 780
239-1. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 780
240. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 784
240-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 784
241. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 788
241-1. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 788
242. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음) ····· 792
243. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음) ····· 797
244. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 801
244-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 801
245. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 805
245-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 805
246. 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 814
246-1. 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 814
247. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) ····· 818
247-1. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 818
248. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) ····· 822
248-1. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 822
249. 질병통합치료비(실속형) ····· 827
249-1. 질병통합치료비(실속형)【갱신계약】 ····· 827
250. 질병통합치료비(기본형) ····· 834
250-1. 질병통합치료비(기본형)【갱신계약】 ····· 834
251. 질병통합치료비(고급형) ····· 842
251-1. 질병통합치료비(고급형)【갱신계약】 ····· 842
252. 암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 849
252-1. 암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 849
253. 유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) 853
253-1. 유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 853
254. 단계별 만성신부전증진단비 ····· 856
254-1. 단계별 만성신부전증진단비【갱신계약】 ····· 856

255. 3대(간,폐,신장)질환 주요치료비 ····· 858
255-1. 3대(간,폐,신장)질환 주요치료비【갱신계약】 ····· 858
256. 단계별 만성간질환진단비 ····· 862
256-1. 단계별 만성간질환진단비【갱신계약】 ····· 862
257. 단계별 만성특정폐질환진단비 ····· 865
257-1. 단계별 만성특정폐질환진단비【갱신계약】 ····· 865
258. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음) ····· 867
258-1. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음)【갱신계약】 ··· 867
259. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음) ····· 877
259-1. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음)【갱신계약】 ····· 877
260. 암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음) ····· 887
260-1. 암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음)【갱신계약】 887
261. 암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음) ····· 905
261-1. 암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음)【갱신계약】 905
262. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 922
262-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 922
263. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음) ····· 934
263-1. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 934
264. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음) ····· 954
264-1. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 954
265. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음) ····· 972
265-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음)【갱신계약】 ····· 972

제4장 상해 및 질병 관련 특별약관

상해 및 질병 관련 일반조항 ····· 988
1. 깁스치료비 ····· 988
1-1. 깁스치료비【갱신계약】 ····· 988
2. 5대장기이식수술비 ····· 988
3. 각막이식수술비 ····· 989
3-1. 각막이식수술비【갱신계약】 ····· 989
4. 4대장애진단비 ····· 990
5. 4대장애진단비(태아가입) ····· 991
6. 추간판장애 및 관절증(엉덩, 무릎)(이차성및상세불명제외)수술비 ····· 992
7. 응급실내원비(응급) ····· 993
8. 응급실내원비(1급, 2급) ····· 994
9. 기흉진단비 ····· 996
10. 기흉진단비(태아가입) ····· 996
11. 희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 997
11-1. 희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 997
12. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 999
12-1. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 999
13. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 1001
13-1. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 1001
14. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 1003
14-1. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 1003
15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ····· 1005
15-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ····· 1007
15-2. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ····· 1008

16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일 이상)【갱신계약】 ····· 1010
16-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 1011
16-2. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 1013
17. 독감(인플루엔자)응급실내원비(응급)(10일면책) ····· 1014
18. 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비 ····· 1016
18-1. 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비【갱신계약】 ····· 1016

제5장 4대Care 관련 특별약관

4대Care 관련 일반조항 ····· 1020
1. 마음성장(ADHD(활동성 및 주의력 장애)진단비【예약】) ····· 1020
2. 마음성장(신경성식욕부진·폭식증진단비【예약】) ····· 1020
3. 마음성장(중증틱장애진단비) ····· 1021
3-1. 마음성장(중증틱장애진단비【예약】) ····· 1022
4. 마음성장(성장기언어및행동발달특정장애진단비【예약】) ····· 1023
5. 신체성장(성조숙증진단비) ····· 1024
5-1. 신체성장(성조숙증진단비【예약】) ····· 1024
6. 신체성장(성조숙증Ⅱ약제치료비(급여, 연간1회한)) ····· 1025
6-1. 신체성장(성조숙증Ⅱ약제치료비(급여, 연간1회한)【예약】) ·· 1026
7. 신체성장(베일리영유아발달검사지원비(급여, 연간1회한)) ····· 1027
8. 신체성장(소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약, 예약】) ····· 1028
9. 마음건강(성장기특정정신질환진단비(연간1회한)) ····· 1030
10. 마음건강(심한정신장애진단비) ····· 1030
11. 마음건강(성장기자폐증진단비) ····· 1032
12. 마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)) ····· 1033
12-1. 마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)【예약】) ····· 1035
13. 마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)) ····· 1037
13-1. 마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)【예약】) ····· 1039
14. 마음건강(정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방)) ····· 1041
14-1. 마음건강(정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방)【예약】) ····· 1043
15. 신체건강(난청(노년난청제외)진단비) ····· 1045
16. 신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)) ····· 1045
16-1. 신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】) ···· 1046
17. 신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)) ····· 1047
17-1. 신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】) ····· 1048
18. 신체건강(스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)수술비) ····· 1049
19. 신체건강(시력교정비【갱신계약, 예약】) ····· 1050
20. 신체건강(시력치료비【갱신계약, 예약】) ····· 1051
21. 신체건강(영유아시력교정안경치료비(연간1회한)【갱신계약】) ····· 1052
22. 신체건강(안구특정상해진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1052
23. 신체건강(2대안과특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1053
24. 신체건강(돌발성난청 및 특정귀어지럼증 진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1054

제6장 비용손해 관련 특별약관

비용손해 관련 일반조항 ····· 1058
1. 의료사고법률비용 ····· 1058
2. 원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도) ····· 1059

제7장 치아 관련 특별약관

치아 관련 일반조항 ····· 1064
1. 어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】 ····· 1064
1-1. 어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】 ··· 1067
2. 어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】 ····· 1068
2-1. 어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】 ··· 1070
3. 어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약】 ····· 1072
3-1. 어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약, 예약】 ····· 1074
4. 어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】 ····· 1076
4-1. 어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약, 예약】 ····· 1081
5. 부정교합치료비【갱신계약, 예약】 ····· 1084
6. 불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 1085

6-1. 불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약, 예약】 ····· 1087

제8장 태아 관련 특별약관
태아 관련 일반조항 ····· 1090
1. 출생위험보장(저체중아 출생, 장해 출생, 심한장해 출생) ····· 1090
2. 신생아보장(저체중아육아비용, 신생아입원일당) ····· 1091
3. 선천이상수술비Ⅱ ····· 1092
4. 선천이상수술비(혀유착제외) ····· 1093
5. 특정선천이상수술비 ····· 1094
6. 선천이상입원일당(1일이상) ····· 1095
7. 특정선천이상진단비 ····· 1096
8. 특정변형두상진단비 ····· 1097

제9장 부양자 관련 특별약관
부양자 관련 일반조항 ····· 1100
1. 임신출산질환수술비 ····· 1100
2. 임신출산질환입원일당 ····· 1101
3. 모성사망 ····· 1102
4. 유산수술비 ····· 1103
5. 유산입원일당 ····· 1104
6. 임신중독증(자간포함)진단비 ····· 1105
7. 부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형) ····· 1106
8. 부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형) ····· 1106
9. 부양자사망자녀교육지원금Ⅰ(질병사망) ····· 1107
10. 부양자사망자녀교육지원금Ⅱ(상해사망) ····· 1108
11. 여성산과관련 자궁적출수술비 ····· 1109
12. 태반조기박리진단비 ····· 1111
13. 특정임신중당뇨병진단비 ····· 1111
14. 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 1112
15. 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 1113
16. 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해) ····· 1115
17. 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅱ(상해80%이상후유장해) ····· 1116
18. 양수과다증진단비 ····· 1117
19. 양수과소증진단비 ····· 1118
20. 양수색전증진단비 ····· 1119
21. 다운증후군출산보장 ····· 1120
22. 임신출산질환실손입원의료비(통상분만입원일수 제외) ····· 1120
23. 출산전선별검사이상소견진단비 ····· 1133

제10장 배상책임 관련 특별약관
배상책임 관련 일반조항 ····· 1136
1. 가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】 ····· 1142
2. 가족일상생활중배상책임Ⅳ(누수사고 제외)【갱신계약】 ····· 1146

제도성 특별약관

제11장 제도성 특별약관
1. 출생전 자녀가입 ····· 1152
2. 부양자추가 ····· 1154
3. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 ····· 1154
4. 선지급서비스 ····· 1155
5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 ····· 1156
6. 보험료 자동납입 ····· 1158
7. 보장특약 자동갱신(추가납입형) ····· 1159
8. 전자서명 ····· 1161
9. 장애인전용보험전환 ····· 1161
10. 특별조건부(표준하체 인수) ····· 1163
11. 계약전환 ····· 1164
12. 대리청구인 지정 서비스 ····· 1165

3종【1형(계약전환용 자녀 납입면제 환급형), 2형(계약전환용 자녀 납입면제 기본형), 3형(계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후))】

보통약관

제1절 일반조항 ····· 108

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 108
제1조(목적) ····· 108
제2조(용어의 정의) ····· 108

제2관 보험금의 지급 ····· 110
제3조(보험금의 지급사유) ····· 110
제4조(보장보험료 납입면제) ····· 110
제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유) ····· 115
제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 119
제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 119
제8조(보험금 지급사유의 통지) ····· 120
제9조(보험금의 청구) ····· 120
제10조(보험금의 지급절차) ····· 120
제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급) ····· 121
제12조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 122
제13조(주소변경통지) ····· 122
제14조(보험수익자의 지정) ····· 122
제15조(대표자의 지정) ····· 122

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 123
제16조(계약전 알릴 의무) ····· 123
제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 123
제18조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 125
제19조(사기에 의한 계약) ····· 125

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 126
제20조(보험계약의 성립) ····· 126
제21조(청약의 철회) ····· 126
제22조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 127
제23조(계약의 무효) ····· 128
제24조(계약내용의 변경 등) ····· 128
제25조(보험나이 등) ····· 129
제26조(계약의 소멸) ····· 130

제5관 보험료의 납입 ····· 130
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 130
제28조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 131
제29조(보험료의 자동대출납입) ····· 131
제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 131
제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 132
제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ···· 132

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 132
제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 132
제33조의1(위법계약의 해지) ····· 133
제34조(중대사유로 인한 해지) ····· 133
제35조(회사의 파산선고와 해지) ····· 133
제36조(해약환급금) ····· 133
제37조(보험계약대출) ····· 135
제38조(중도인출) ····· 135
제39조(배당금의 지급) ····· 135

제7관 지정대리청구에 관한 사항 ····· 136
제40조(적용대상) ····· 136
제41조(지정대리청구인의 지정) ····· 136
제42조(지정대리청구인의 변경지정) ····· 136
제43조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구) ····· 136
제44조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차) ····· 136

제8관 분쟁의 조정 등 ····· 136
제45조(분쟁의 조정) ····· 136
제46조(관할법원) ····· 136
제47조(소멸시효) ····· 136
제48조(약관의 해석) ····· 137

제49조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 137
제50조(회사의 손해배상책임) ····· 137
제51조(개인정보보호) ····· 137
제52조(준거법) ····· 138
제53조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 138

제2절 보통약관의 보장 ····· 138
1. 일반상해후유장해(3~100%) ····· 138
2. 일반상해후유장해(20~100%) ····· 139
3. 일반상해사망 ····· 140

특별약관

제1장 의무부가 관련 특별약관
의무부가 관련 일반조항 ····· 144
1. 자녀보험료납입면제대상보장(11대) ····· 144

제2장 상해 관련 특별약관
상해 관련 일반조항 ····· 156
1. 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 156
2. 교통상해80%이상후유장해(비운전자) ····· 157
3. 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해 ····· 158
5. 스포츠활동중상해80%이상후유장해 ····· 161
6. 팔및손가락후유장해 ····· 162
7. 자전거탑승중상해80%이상후유장해 ····· 163
8. 상해입원일당(1일이상)II ····· 164
9. 상해입원일당(1일이상 10일한도) ····· 165
10. 상해입원일당(1일이상 20일한도) ····· 165
11. 상급종합병원 상해입원일당(1일이상) ····· 166
12. 탈구염좌및과긴장입원일당(4일이상) ····· 167
13. 골절진단비II(치아파절제외) ····· 168
14. 5대골절진단비 ····· 168
15. 골절수술비 ····· 169
16. 5대골절수술비Q ····· 170
17. 화상진단비 ····· 171
18. 화상수술비Q ····· 171
20. 중대한화상및부식진단비 ····· 173
22. 상해수술비Q ····· 174
23. 일반상해사망 추가 ····· 176
24. 일반상해80%이상후유장해 ····· 176
25. 종합병원 상해입원일당(1일이상) ····· 177
26. 상해중환자실입원일당(1일이상)II ····· 178
27. 상해흉터복원수술비II(안면부) ····· 179
28. 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 180
29. 심한상해수술비 ····· 181
30. 상해1~5종수술비(매회지급) ····· 182
31. 상해흉터복원수술비 ····· 184
35. 외상성특정뇌출혈진단비 ····· 188
36. 외상성특정장기손상진단비 ····· 189
37. 중대한특정상해수술비 ····· 189
38. 상해사고부상보장I ····· 191
39. 골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한) ····· 192
40. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한) ····· 194
42. 골절수술비(1~5급, 연간1회한)Q ····· 195
43. 외모특정상해(머리, 목)수술비 ····· 197
44. 교통상해후유장해(3~79%)(비운전자) ····· 198
45. 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%) ····· 200
47. 스포츠활동중상해후유장해(3~79%) ····· 202
48. 자전거탑승중상해후유장해(3~79%) ····· 203
50-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】 ····· 205
51. 상급종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도) ····· 207
52. 상해수술비(종합병원) ····· 208
53. 상해수술비(상급종합병원) ····· 210
54. 종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도) ····· 211
56. 골절수술비Q ····· 214
57-1. 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ····· 215
58-1. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ··· 217

59. 아나필락시스진단비(응급의료, 연간1회한) ····· 218
60. 아나필락시스진단비(연간1회한) ····· 220
61. 중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 220
61-1. 중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 220
62. 중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 222
62-1. 중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 222
65. 창상봉합술 치료비(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ····· 226
66. 창상봉합술 치료비(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ····· 227
67. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) ····· 228
68. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한) ····· 230
69. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한) ····· 231
70-1. 간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】 ····· 232
71. 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도) ····· 235
72. 상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도) ····· 236
73-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】 ····· 237
74-1. 간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 239
75. 상해통합치료비Plus ····· 242

제3장 질병 관련 특별약관

질병 관련 일반조항 ····· 258
1. 암진단비(유사암제외)(감액없음) ····· 258
2. 유사암진단비(감액없음) ····· 261
4. 갑상선암(초기제외)진단비(감액없음) ····· 264
5. 암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ····· 267
6. 암수술비(유사암제외)(최초1회한) ····· 269
7. 10대고액치료비암진단비(감액없음) ····· 271
8. 뇌졸중진단비(감액없음) ····· 273
9. 뇌출혈진단비(감액없음) ····· 275
10. 급성심근경색증진단비(감액없음) ····· 275
11. 양성뇌종양진단비 ····· 277
12. 말기신부전증진단비 ····· 278
13. 총수염(맹장염)수술비 ····· 278
14. 식중독입원일당(4일이상) ····· 279
15. 특정법정감염병진단비 ····· 280
16. 당뇨병수술비 ····· 281
17. 시청각질환수술비 ····· 282
18. 호흡기관련질병수술비 ····· 283
19. 질병입원일당(1일이상)Q ····· 284
20. 조혈모세포이식수술비 ····· 285
21. 중대한재생불량성빈혈진단비 ····· 286
26. 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 291
27. 질병수술비 ····· 292
28. 질병수술비(백내장제외) ····· 293
29. 종합병원 질병입원일당(1일이상)Q ····· 295
30. 질병1~5종수술비II(매회지급) ····· 297
31. 질병사망 ····· 298
32. 십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음) ····· 299
33. 만성당뇨합병증진단비(감액없음) ····· 300
34. 질병중환자실입원일당(1일이상)Q ····· 301
36. 뇌혈관질환수술비 ····· 302
41. 질병80%이상후유장해 ····· 307
42. 누적외상성질환(VDT증후군)입원일당(1일이상) ····· 308
43. 뇌혈관질환진단비(감액없음) ····· 309
44. 허혈성심장질환진단비(감액없음) ····· 310
45. 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 311
46. 재진단암진단비 ····· 312
47. 특정바이러스질환진단비(감액없음) ····· 318
48. 질병수술입원일당(20일한도) ····· 319
51. 특정희귀난치성질환수술비 ····· 327
52. 특정희귀난치성질환입원일당(1일이상) ····· 328
54. 결핵진단비 ····· 330
55. 허혈성심장질환수술비 ····· 331
60. 항암방사선치료비(감액없음) ····· 336

61. 항암약물치료비(감액없음) ····· 338
62. 후각특정질환수술비 ····· 340
63. 내향성손발톱치료비(소독, 도포및붕대치료제외)(연간1회한)(감액없음) ····· 341
64. 어린이특정질병입원일당(1일이상) ····· 342
65. 4대기관특정질환입원일당(1일이상) ····· 343
66. 4대기관특정질환입원일당(선천질환포함)(1일이상) ····· 344
67. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)Q ····· 345
68. 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 346
71. 질병후유장해(3~100%) ····· 348
72. 질병입원일당(1일이상 10일한도)Q ····· 349
73. 질병입원일당(1일이상 20일한도)Q ····· 350
74. 암요양병원입원일당(1일이상60일한도) ····· 352
75. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도) ····· 354
77. 116대질병수술비(감액없음) ····· 357
77-1. 116대질병수술비Ⅰ(감액없음) ····· 357
77-2. 116대질병수술비Ⅱ(감액없음) ····· 359
77-3. 116대질병수술비Ⅲ(감액없음) ····· 360
77-4. 116대질병수술비Ⅳ(감액없음) ····· 362
77-5. 116대질병수술비Ⅴ(감액없음) ····· 364
77-6. 116대질병수술비Ⅵ(감액없음) ····· 365
78. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함) ····· 366
81. 암직접치료통원일당 ····· 374
82. 암직접치료통원일당(상급종합병원) ····· 377
83. 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한) ····· 379
84. 암특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한) ····· 382
85. 말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형) ····· 384
86. 6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한) ····· 388
87. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 389
87-1. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ·· 389
88. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 393
88-1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 393
89. 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약】 ····· 396
90. 질병수술비Q ····· 412
91. 질병수술비(백내장제외)Q ····· 414
92. 신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함) ····· 416
93. 질병수술입원일당(20일한도)Q ····· 421
96. 천식지속상태(급성중증천식)진단비 ····· 425
97. 12대소화계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 426
102-1. 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 431
104. 표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 433
표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 433
104-1. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음) ····· 433
104-2. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 433
104-3. 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음) ····· 435
104-4. 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 435
105. 심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음) ····· 437
106. 심장질환(특정Ⅱ)진단비(감액없음) ····· 438
107. 심장질환수술비 ····· 430
108-1. 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ····· 431
109-1. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ·· 433
110-1. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)【갱신계약】 ··· 435
111. 뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한) ····· 447
115. 질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)(매회지급) ····· 452
116. 다빈치로봇 암수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 454
116-1. 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 454
116-2. 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 457

117. 특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약】 ····· 460
118. 2대중추신경계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 465
119. 골·관절연골양성종양진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 466
120. 중이·호흡계·흉곽내기관양성종양진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 466
124. 보험료납입지원(유사암진단) ····· 475
126. 부정맥질환(I49)진단비(감액없음) ····· 477
126-1. 부정맥질환(I49)진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 477
128. 암수술비(유사암제외) ····· 481
129. 유사암수술비 ····· 483
130. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음) ····· 484
130-1. 전이암진단비(감액없음) ····· 484
130-2. 특정암Ⅱ진단비(감액없음) ····· 486
131. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 484
131-1. 전이암진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 484
131-2. 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 486
132. 질병악안면수술비(급여, 연간1회한) ····· 488
133. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 493
134. 질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급) ····· 501
137. 항암약물치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외) ·· 508
138. 신특정순환계질환진단비(감액없음) ····· 510
139. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한) ····· 511
142. 결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 518
142-1. 결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 518
143. 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 519
143-1. 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 519
144. 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) · 522
144-1. 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 522
145. 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 525
145-1. 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 525
146. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 528
147. 통합 뇌질병진단비(감액없음) ····· 532
148. 항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암)(감액없음) ····· 533
149. 항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암)(감액없음) ····· 535
150. 암직접치료통원일당(종합병원) ····· 536
151. 뇌혈관질환통원일당(연간30일한도) ····· 539
152. 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도) ····· 540
153. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도) ····· 542
154. 허혈성심장질환통원일당(연간30일한도) ····· 543
155. 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도) ····· 544
156. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도) ····· 546
157. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한) ····· 547
158. 비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한) ····· 551
159. 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)Q ····· 553
160. 질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)Q ····· 555
161-1. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】 ····· 556
162-1. 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 559
168. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간15회한) ····· 570
169. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간30회한) ····· 572
170. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간60회한) ····· 573
171. 항암방사선약물치료비(감액없음) ····· 574
172. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 576
172-1. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 576
174. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(감액없음) ····· 583

175. 통합암진단비Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)(감액없음) ····· 587
176. 통합전이암진단비(감액없음) ····· 592
177. 암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 597
178. 유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 601
179. 항암중입자방사선치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 604
180. 암 치료비지원(기타피부암, 갑상선암 제외) ····· 606
181. 전이암Ⅱ수술비 ····· 607
182. 전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ····· 609
183. 전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도) ····· 611
184. 전이암Ⅱ항암방사선치료비 ····· 613
185. 전이암Ⅱ항암약물치료비 ····· 614
186. 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 616
188. 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 622
190-1. 간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】 ····· 629
191. 종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)Q ····· 632
192. 상급종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)Q ····· 633
193. 질병수술비(종합병원) ····· 635
194. 질병수술비(상급종합병원) ····· 637
195. 질병1~5종수술비Ⅱ(상급종합병원, 매회지급) ····· 639
196. 특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) ····· 641
197. 항암방사선치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 642
198. 신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음) ····· 644
199. 신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 648
200. 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)후유장해(3~100%) ····· 651
201. 신특정순환계질환후유장해(3~100%) ····· 653
202. 기타피부암, 갑상선암 치료비지원 ····· 654
203. 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원 ····· 655
208. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(감액없음) ····· 667
209. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ···· 672
210. 암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음) ····· 676
211. 암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비(진단후, 각 연간1회한)(감액없음) 679
212. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 681
213. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 686
214. 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 690
215. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ(종합병원, 연간1회한) ····· 694
216. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음) ····· 698
217. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 702
218. 암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ(종합병원, 각 연간1회한) ····· 707
219. 유사암 주요치료비Ⅱ(종합병원, 각 연간1회한) ····· 712
220. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 716
221. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 721
224. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 734
225. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 739
226. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) ····· 748
227. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) ···· 752
228. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음) ··· 757
229. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) ····· 762
230. 폐렴진단비(최초1회한) ····· 766
231. 폐렴진단비(연간1회한) ····· 768
232. 패혈증진단비(최초1회한) ····· 769
233. 패혈증진단비(연간1회한) ····· 769
234. 주요폐질환진단비(최초1회한) ····· 770

235. 주요폐질환진단비(연간1회한) ····· 771
236. 외부요인폐질환진단비(최초1회한) ····· 772
237. 외부요인폐질환진단비(연간1회한) ····· 774
238. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 775
239. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 780
240. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 784
241. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 788
244. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 801
245. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 805
246. 전이암II 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 814
247. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) ····· 818
248. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) ····· 822
249. 질병통합치료비(실속형) ····· 827
250. 질병통합치료비(기본형) ····· 834
251. 질병통합치료비(고급형) ····· 842
252. 암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 849
253. 유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) 853
254. 단계별 만성신부전증진단비 ····· 856
255. 3대(간,폐,신장)질환 주요치료비 ····· 858
256. 단계별 만성간질환진단비 ····· 862
257. 단계별 만성특정폐질환진단비 ····· 865
258. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음) ····· 867
259. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음) ····· 877
260. 암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음) ····· 887
261. 암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음) ····· 905
262. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 922
263. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음) ····· 934
264. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음) ····· 954
265. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음) ····· 972

제4장 상해 및 질병 관련 특별약관

상해 및 질병 관련 일반조항 ····· 988
1. 깁스치료비 ····· 988
2. 5대장기이식수술비 ····· 988
3. 각막이식수술비 ····· 989
6. 추간판장애 및 관절증(엉덩, 무릎)(이차성및상세불명제외)수술비 ····· 992
7. 응급실내원비(응급) ····· 993
8. 응급실내원비(1급, 2급) ····· 994
11. 희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 997
11-1. 희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 997
12. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 999
12-1. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 999
13. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 1001
13-1. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 1001
14. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 1003
14-1. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 1003
16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일 이상)【갱신계약】 ····· 1010

16-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 1011
16-2. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 1013
18. 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비 ····· 1016
18-1. 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비【갱신계약】 ····· 1016

제5장 4대Care 관련 특별약관
4대Care 관련 일반조항 ····· 1020
10. 마음건강(심한정신장애진단비) ····· 1030
12. 마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)) ····· 1033
13. 마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)) ····· 1037
14. 마음건강(정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방)) ····· 1041
15. 신체건강(난청(노년난청제외)진단비) ····· 1045
16. 신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)) ····· 1045
17. 신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)) ····· 1047
22. 신체건강(안구특정상해진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1052
23. 신체건강(2대안과특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1053
24. 신체건강(돌발성난청 및 특정귀어지럼증 진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1054

제6장 비용손해 관련 특별약관
비용손해 관련 일반조항 ····· 1058
1. 의료사고법률비용 ····· 1058
2. 원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도) ····· 1059

제7장 치아 관련 특별약관
치아 관련 일반조항 ····· 1064
1. 어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】 ····· 1064
2. 어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】 ····· 1068
3. 어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약】 ····· 1072
4. 어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】 ····· 1076

제10장 배상책임 관련 특별약관
배상책임 관련 일반조항 ····· 1136
1. 가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】 ····· 1142
2. 가족일상생활중배상책임Ⅳ(누수사고 제외)【갱신계약】 ····· 1146

제도성 특별약관

제11장 제도성 특별약관
1. 출생전 자녀가입 ····· 1152
2. 부양자추가 ····· 1154
3. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 ····· 1154
4. 선지급서비스 ····· 1155
5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 ····· 1156
6. 보험료 자동납입 ····· 1158
7. 보장특약 자동갱신(추가납입형) ····· 1159
8. 전자서명 ····· 1161
9. 장애인전용보험전환 ····· 1161
10. 특별조건부(표준하체 인수) ····· 1163
11. 계약전환 ····· 1164
12. 대리청구인 지정 서비스 ····· 1165

별표
【별표1】 장해분류표 ····· 1167
【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 1182
【별표3】 신경 및 장기손상 분류표 ····· 1183
【별표4】 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장분류표 ····· 1184
【별표5】 골절분류표Ⅱ(치아파절제외) ····· 1184
【별표6】 5대골절분류표 ····· 1185
【별표7】 골절분류표 ····· 1185
【별표8】 화상분류표 ····· 1186
【별표9】 통합뇌질병 분류표 ····· 1186
【별표10】 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실 ····· 1187
【별표11】 1~5종수술Ⅱ 분류표 ····· 1187

【별표12】 골절분류표II(태아가입) ····· 1192
【별표13】 골절분류표(태아가입) ····· 1193
【별표14】 중대한 특정상해 분류표 ····· 1193
【별표15】 손상 분류표 ····· 1194
【별표16】 손상점수 산출기준 ····· 1194
【별표17】 골절분류표III ····· 1196
【별표18】 골절 등급분류기준표 I ····· 1196
【별표19】 골절분류표IV ····· 1197
【별표20】 골절 등급분류기준표II ····· 1198
【별표21】 외모특정상해 분류표 ····· 1199
【별표22】 악성신생물(암) 분류표 ····· 1199
【별표23】 제자리 신생물 분류표 ····· 1200
【별표24】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 1200
【별표25】 다발성소아암 분류표 ····· 1201
【별표26】 10대고액치료비암 분류표 ····· 1201
【별표27】 뇌졸중 분류표 ····· 1202
【별표28】 뇌출혈 분류표 ····· 1202
【별표29】 급성심근경색증 분류표 ····· 1203
【별표30】 충수염(맹장염) 분류표 ····· 1203
【별표31】 식중독 분류표 ····· 1203
【별표32】 특정법정감염병 분류표 ····· 1204
【별표32-1】 감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관 ····· 1204
【별표33】 당뇨병 분류표 ····· 1205
【별표34】 시청각질환 분류표 ····· 1205
【별표35】 호흡기관련질병 분류표 ····· 1206
【별표36】 소아백혈병 대상 질병분류표 ····· 1206
【별표37】 남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암 분류표 ····· 1206
【별표38】 116대질병 분류표 ····· 1207
【별표38-1】 15대질병 분류표 ····· 1207
【별표38-2】 23대질병 분류표 ····· 1208
【별표38-3】 22대질병 분류표 ····· 1211
【별표38-4】 49대질병 분류표 ····· 1212
【별표38-5】 백내장 분류표 ····· 1215
【별표38-6】 6대질병 분류표 ····· 1215
【별표39】 특정바이러스질환 분류표 ····· 1216
【별표40】 특정임신중당뇨병 분류표 ····· 1216
【별표41】 모야모야병 분류표 ····· 1217
【별표42】 소아탈장 분류표 ····· 1217
【별표43】 5대기관질병 분류표 ····· 1217
【별표44】 원형탈모증 분류표 ····· 1218
【별표45】 특정갑상선기능저하증 분류표 ····· 1218
【별표46】 뇌하수체기능저하 분류표 ····· 1219
【별표47】 누적외상성질환(VDT증후군) 분류표 ····· 1219
【별표48】 뇌혈관질환 분류표 ····· 1219
【별표49】 허혈성심장질환 분류표 ····· 1220
【별표50】 질병으로인한 3대시각질환 분류표 ····· 1220
【별표51】 특정희귀난치성질환 분류표 ····· 1221
【별표52】 약제내성결핵(슈퍼결핵) 분류표 ····· 1223
【별표53】 결핵 분류표 ····· 1224
【별표54】 척추측만증 분류표 ····· 1224
【별표55】 뇌졸중 및 신생아뇌출혈 분류표 ····· 1224
【별표56】 뇌출혈 및 신생아뇌출혈 분류표 ····· 1225
【별표57】 뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈 분류표 ····· 1225
【별표58】 후각특정질환 분류표 ····· 1226
【별표59】 활동성 및 주의력 장애 분류표 ····· 1226
【별표60】 어린이특정질병 분류표 ····· 1227
【별표61】 4대기관특정질환 분류표 ····· 1228
【별표62】 4대기관특정질환(선천질환포함) 분류표 ····· 1230
【별표63】 성조숙증 분류표 ····· 1232
【별표64】 아토피 피부염 분류표 ····· 1232
【별표65】 소아 · 청소년 특정 성인병 분류표 ····· 1233
【별표66】 4대장애 분류표(장애인 복지법 시행령 제2조 관련) ····· 1233
【별표67】 추간판장애 분류표 ····· 1234
【별표68】 관절증 질환 분류표 ····· 1234
【별표69】 여성생식기관련(자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암 분류표 ····· 1234
【별표70】 장해의 대상 ····· 1235
【별표71】 심한장해의 대상 ····· 1236
【별표72】 출생전후기에 기원한 특정병태 분류표 ····· 1236

【별표73】 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표III ····· 1236
【별표74】 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표II ····· 1237
【별표75】 특정선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표 ····· 1237
【별표76】 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표 ····· 1238
【별표77】 임신출산관련질환 분류표 ····· 1238
【별표78】 여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표 ····· 1239
【별표79】 유산 분류표 ····· 1239
【별표80】 임신중독증(자간포함) 분류표 ····· 1240
【별표81】 자궁적출수술 분류표 ····· 1240
【별표82】 태반조기박리 분류표 ····· 1240
【별표83】 특정 신체부위·질병 분류표III ····· 1240
【별표83-1】 특정 신체부위 분류표III ····· 1240
【별표83-2】 특정 질병 분류표III ····· 1241
【별표84】 양수과다증 분류표 ····· 1242
【별표85】 양수과소증 분류표 ····· 1242
【별표86】 신표적항암약물허가치료비 분류표 ····· 1243
【별표86-1】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 1243
【별표86-2】 갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 1248
【별표86-3】 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 1249
【별표87】 신경차단·파괴술 분류표 ····· 1250
【별표88】 암 특정재활치료 분류표 ····· 1252
【별표89】 6대기관 양성종양 및 용종 분류표 ····· 1252
【별표90】 6대기관 양성종양 및 용종 수술 분류표 ····· 1253
【별표91】 뇌성마비 분류표 ····· 1254
【별표92】 수두 및 신생아수두 분류표 ····· 1254
【별표93】 천식지속상태 분류표 ····· 1254
【별표94】 중증틱장애 분류표 ····· 1254
【별표95】 안구특정상해 분류표 ····· 1255
【별표96】 특정정신질환 분류표 ····· 1255
【별표97】 독감(인플루엔자) 분류표 ····· 1255
【별표98】 기흉 분류표 ····· 1256
【별표99】 기흉 및 신생아기흉 분류표 ····· 1256
【별표100】 양수색전증 분류표 ····· 1256
【별표101】 다운증후군 분류표 ····· 1257
【별표102】 수두 분류표 ····· 1257
【별표103】 심장질환(특정 I) 분류표 ····· 1257
【별표104】 심장질환(특정 II) 분류표 ····· 1258
【별표105】 심장질환 분류표 ····· 1258
【별표106】 아나필락시스 분류표 ····· 1258
【별표107】 특정순환계질환 분류표 ····· 1259
【별표108】 특정뇌동맥질환 분류표 ····· 1259
【별표109】 혈관색전술 분류표 ····· 1259
【별표110】 심장부정맥 고주파·냉각절제술 분류표 ····· 1260
【별표111】 뇌 정위적 방사선술 분류표 ····· 1260
【별표112】 대장 양성종양 및 용종 분류표 ····· 1260
【별표113】 다빈치로봇 암수술 분류표 ····· 1261
【별표114】 뇌·심혈관특정질환 분류표 ····· 1261
【별표115】 암 특정단일유전자검사(급여) 분류표 ····· 1262
【별표116】 암 특정생검조직병리검사(급여) 분류표 ····· 1262
【별표117】 치주질환(잇몸질환)치료 진료행위코드 분류표 ····· 1263
【별표118】 치석제거(스케일링)치료 진료행위코드 분류표 ····· 1263
【별표119】 X-ray 촬영 및 파노라마촬영 진료행위코드 분류표 ····· 1263
【별표120】 시각기능검사 분류표 ····· 1263
【별표121】 청각 및 평형기능검사 분류표 ····· 1265
【별표122】 성장기언어및행동발달특정장애 분류표 ····· 1266
【별표123】 성장기자폐증 분류표 ····· 1266
【별표124】 정신질환 I 분류표 ····· 1266
【별표125】 정신질환 II 분류표 ····· 1267
【별표126】 정신질환III 분류표 ····· 1267
【별표127】 장애의 종류 및 기준에 따른 장애인 분류표 ····· 1267
【별표128】 장애의 정도가 심한 장애인 분류표 ····· 1268
【별표129】 컴퓨터사용 특정질환 분류표 ····· 1269
【별표130】 척추측만증II 분류표 ····· 1269
【별표131】 사시 분류표 ····· 1270
【별표132】 임신출산질환(통상분만입원일수 제외) 분류표 ····· 1270
【별표133】 부정맥질환(I49) 분류표 ····· 1270
【별표134】 신경성식욕부진·폭식증 분류표 ····· 1271
【별표135】 베일리영유아발달검사(급여) 분류표 ····· 1271

【별표136】 특정변형두상 분류표 ····· 1271
【별표137】 난청(노년난청제외) 분류표 ····· 1271
【별표138】 소아성장호르몬결핍증 분류표 ····· 1272
【별표139】 출산전선별검사이상소견 분류표 ····· 1272
【별표140】 성조숙증Ⅱ 분류표 ····· 1272
【별표141】 성조숙증Ⅱ약제치료(급여) 분류표 ····· 1273
【별표142】 악안면수술(급여) 분류표 ····· 1273
【별표143】 카티치료제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 1274
【별표144】 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표 ····· 1274
【별표144-1】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병 ····· 1274
【별표144-2】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 ····· 1275
【별표145】 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표 ····· 1275
【별표145-1】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병 ····· 1275
【별표145-2】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술 ····· 1276
【별표145-3】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분 ····· 1277
【별표146】 중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표 ····· 1277
【별표147】 중증질환자 암질환 산정특례대상 분류표 ····· 1278
【별표148】 뇌·수막의 양성신생물 분류표 ····· 1278
【별표149】 일과성뇌허혈발작 분류표 ····· 1278
【별표150】 2대안과특정질환 분류표 ····· 1278
【별표151】 2대중추신경계특정질환 분류표 ····· 1279
【별표152】 돌발성난청 및 특정귀어지럼증 분류표 ····· 1280
【별표153】 골·관절연골양성종양 분류표 ····· 1280
【별표154】 중이·호흡계·흉곽내기관양성종양 분류표 ····· 1280
【별표155】 12대소화계특정질환 분류표 ····· 1281
【별표156】 11대특정감염병 분류표 ····· 1281
【별표157】 내향성손발톱 분류표 ····· 1282
【별표158】 십자인대질환 분류표 ····· 1282
【별표159】 십자인대수술(급여) 분류표 ····· 1283
【별표160】 외상성특정뇌출혈 분류표 ····· 1283
【별표161】 외상성특정장기손상 분류표 ····· 1283
【별표162】 희귀질환자 산정특례대상 분류표 ····· 1284
【별표163】 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 분류표 ····· 1297
【별표164】 만성당뇨합병증 분류표 ····· 1301
【별표165】 심부 바늘생검 조직병리진단 분류표 ····· 1301
【별표166】 자궁 생검 조직병리진단 분류표 ····· 1301
【별표167】 특정심장질환 분류표 ····· 1302
【별표168】 중증외상환자 산정특례대상 분류표 ····· 1302
【별표169】 중증화상환자 산정특례대상 분류표 ····· 1302
【별표169-1】 본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 ····· 1303
【별표169-2】 본인부담금 산정특례 중증화상의 수술명 ····· 1303
【별표170】 결핵질환자 산정특례대상 분류표 ····· 1304
【별표171】 특정소액암 분류표 ····· 1304
【별표172】 이차성암 분류표 ····· 1304
【별표173】 특정암Ⅱ 분류표 ····· 1305
【별표174】 뇌·심특정재활치료(급여) 분류표 ····· 1306
【별표175】 창상봉합술(안면/경부) 대상 수가코드 ····· 1306
【별표176】 창상봉합술(안면/경부 외) 대상 수가코드 ····· 1307
【별표177】 통합암Ⅱ(유사암제외) 분류표 ····· 1308
【별표178】 통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표 ····· 1309
【별표179】 통합전이암 분류표 ····· 1311
【별표180】 전이암Ⅱ 분류표 ····· 1312
【별표181】 특정 양성종양(기타 경증질환 포함) 분류표 ····· 1312
【별표181-1】 특정 양성종양Ⅰ(24대, 기타 경증질환 포함) 분류표 ··· 1312
【별표181-2】 특정 양성종양Ⅱ(33대, 기타 경증질환 포함) 분류표 ··· 1313
【별표181-3】 특정 양성종양Ⅲ(5대, 기타 경증질환 포함) 분류표 ····· 1314
【별표181-4】 특정 양성종양Ⅳ(6대, 기타 경증질환 포함) 분류표 ····· 1314
【별표182】 신특정순환계질환 분류표 ····· 1315
【별표183】 2대질병(뇌혈관질환, 심장질환) 분류표 ····· 1316
【별표183-1】 2대질병(뇌혈관질환) 분류표 ····· 1316
【별표183-2】 2대질병(심장질환) 분류표 ····· 1316
【별표184】 허혈성심장질환 및 기타순환계질환 분류표 ····· 1317
【별표185】 1~5종수술Ⅲ 분류표 ····· 1318
【별표186】 폐렴 분류표 ····· 1323
【별표187】 패혈증 분류표 ····· 1323
【별표188】 주요폐질환 분류표 ····· 1324
【별표189】 외부요인폐질환 분류표 ····· 1324
【별표190】 골밀도검사 분류표 ····· 1325

【별표191】 통합상해분류표 ····· 1325
【별표192】 골절철심제거 수술 분류표 ····· 1328
【별표193】 상해특정시술치료(급여) 분류표 ····· 1328
【별표194】 고압산소치료 분류표 ····· 1332
【별표195】 부목치료 대상 분류표 ····· 1332
【별표196】 지속적신대체요법(CRRT) 분류표 ····· 1333
【별표197】 인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표 ····· 1333
【별표198】 저체온요법치료 분류표 ····· 1333
【별표199】 전신마취치료 분류표 ····· 1333
【별표200】 특정마취치료 분류표 ····· 1334
【별표201】 질병특정시술치료(급여) 분류표 ····· 1334
【별표202】 에크모치료(체외순환막형산화요법) 분류표 ····· 1338
【별표203】 만성특정폐질환 분류표 ····· 1339
【별표204】 3대(간,폐,신장)질환 분류표 ····· 1339
【별표205】 혈액투석치료 분류표 ····· 1340
【별표206】 복막투석치료 분류표 ····· 1341
【별표207】 간경변증 분류표 ····· 1341
【별표208】 항혈소판제 분류표 ····· 1342

약관에서 인용된 법·규정

【법규1】 개인정보 보호법 ····· 1343
【법규2】 개인정보 보호법 시행령 ····· 1344
【법규3】 장기등 이식에 관한 법률 ····· 1345
【법규4】 국민건강보험법 ····· 1345
【법규5】 도로교통법 ····· 1346
【법규6】 민법 ····· 1346
【법규7】 상법 ····· 1347
【법규8】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 ····· 1347
【법규9】 여객자동차 운수사업법 시행령 ····· 1350
【법규10】 유아교육법 시행령 ····· 1351
【법규11】 응급의료에 관한 법률 ····· 1351
【법규12】 응급의료에 관한 법률 시행규칙 ····· 1352
【법규13】 의료법 ····· 1352
【법규14】 의료법 시행규칙 ····· 1355
【법규15】 자동차관리법 시행규칙 ····· 1356
【법규16】 자동차손해배상 보장법 시행령 ····· 1358
【법규17】 장애인복지법 ····· 1358
【법규18】 장애인복지법 시행령 ····· 1359
【법규19】 장애인복지법 시행규칙 ····· 1359
【법규20】 전자서명법 ····· 1359
【법규21】 초 · 중등 교육법 ····· 1359
【법규22】 초 · 중등 교육법 시행령 ····· 1360
【법규23】 폭력행위 등 처벌에 관한 법률 ····· 1360
【법규24】 형법 ····· 1361
【법규25】 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 ····· 1362
【법규26】 금융소비자 보호에 관한 법률 ····· 1362
【법규27】 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 ····· 1365
【법규28】 산업재해보상보험법 시행규칙 ····· 1367
【법규29】 상법 시행령 ····· 1367

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

아래에 해당하는 특별약관은 「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 가입이 가능한 특별약관입니다.

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

[보통약관]

1. 일반상해후유장해(3~100%)
2. 일반상해후유장해(20~100%)

[제2장 상해 관련 특별약관]

1. 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
8. 상해입원일당(1일이상)II
   8-1. 상해입원일당(1일이상)II【갱신계약】
9. 상해입원일당(1일이상 10일한도)
10. 상해입원일당(1일이상 20일한도)
11. 상급종합병원 상해입원일당(1일이상)
14. 5대골절진단비
    14-1. 5대골절진단비【갱신계약】
16. 5대골절수술비Q
22. 상해수술비Q
    22-1. 상해수술비Q【갱신계약】
24. 일반상해80%이상후유장해
25. 종합병원 상해입원일당(1일이상)
26. 상해중환자실입원일당(1일이상)II
    26-1. 상해중환자실입원일당(1일이상)II【갱신계약】
28. 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
32. 상급종합병원 간병인사용 상해입원일당II(1-180일)
33. 골절진단비II(치아파절제외)(태아가입)
    33-1. 골절진단비II(치아파절제외)(태아가입)【갱신계약】
34. 골절수술비(태아가입)Q
41. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)(태아가입)
50. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)
    50-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】
51. 상급종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

54. 종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)
57. 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)
    57-1. 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】
63. 종합병원 상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)
64. 상급종합병원 상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)
65. 창상봉합술 치료비(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여)
66. 창상봉합술 치료비(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여)
71. 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)
72. 상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)
73. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)
    73-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】

[제3장 질병 관련 특별약관]

1. 암진단비(유사암제외)(감액없음)
   1-1. 암진단비(유사암제외)(감액없음)【갱신계약】
2. 유사암진단비(감액없음)
   2-1. 유사암진단비(감액없음)【갱신계약】
3. 다발성소아암진단비(감액없음)
5. 암직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)
   5-1. 암직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)【갱신계약】
6. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)
   6-1. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)【갱신계약】
7. 10대고액치료비암진단비(감액없음)
10. 급성심근경색증진단비(감액없음)
11. 양성뇌종양진단비
    11-1. 양성뇌종양진단비【갱신계약】
14. 식중독입원일당(4일이상)
15. 특정법정감염병진단비

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

18. 호흡기관련질병수술비
19. 질병입원일당(1일이상)Q
19-1. 질병입원일당(1일이상)Q【갱신계약】
23. 어린이개흉심장수술비
25. 소아백혈병진단비
26. 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
27. 질병수술비
27-1. 질병수술비【갱신계약】
28. 질병수술비(백내장제외)
28-1. 질병수술비(백내장제외)【갱신계약】
29. 종합병원 질병입원일당(1일이상)Q
30. 질병1~5종수술비II(매회지급)
30-1. 질병1~5종수술비II(매회지급)【갱신계약】
34. 질병중환자실입원일당(1일이상)Q
34-1. 질병중환자실입원일당(1일이상)Q【갱신계약】
35. 원형탈모증진단비
36. 뇌혈관질환수술비
36-1. 뇌혈관질환수술비【갱신계약】
38. 소아탈장수술비
40. 특정갑상선기능저하증진단비
41. 질병80%이상후유장해
44. 허혈성심장질환진단비(감액없음)
44-1. 허혈성심장질환진단비(감액없음)【갱신계약】
45. 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
47. 특정바이러스질환진단비(감액없음)
48. 질병수술입원일당(20일한도)
51. 특정희귀난치성질환수술비
52. 특정희귀난치성질환입원일당(1일이상)
55. 허혈성심장질환수술비
55-1. 허혈성심장질환수술비【갱신계약】
57. 뇌졸중진단비(태아가입)
57-1. 뇌졸중진단비(태아가입)【갱신계약】
58. 뇌출혈진단비(태아가입)
59. 뇌혈관질환진단비(태아가입)
59-1. 뇌혈관질환진단비(태아가입)【갱신계약】
60. 항암방사선치료비(감액없음)

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

60-1. 항암방사선치료비(감액없음)【갱신계약】
61. 항암약물치료비(감액없음)
61-1. 항암약물치료비(감액없음)【갱신계약】
64. 어린이특정질병입원일당(1일이상)
66. 4대기관특정질환입원일당(선천질환포함)(1일이상)
67. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)Q
71. 질병후유장해(3~100%)
71-1. 질병후유장해(3~100%)【갱신계약】
72. 질병입원일당(1일이상 10일한도)Q
73. 질병입원일당(1일이상 20일한도)Q
76. 뇌하수체기능저하진단비
81. 암직접치료통원일당
82. 암직접치료통원일당(상급종합병원)
87. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)
87-1. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
90. 질병수술비Q
90-1. 질병수술비Q【갱신계약】
91. 질병수술비(백내장제외)Q
91-1. 질병수술비(백내장제외)Q【갱신계약】
93. 질병수술입원일당(20일한도)Q
94. 뇌성마비진단비
95. 수두진단비(태아가입)
101. 11대특정감염병진단비(수족구포함)(연간1회한)(태아가입)
104. 표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음)
표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
104-1. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음)
104-2. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)
(감액없음)【갱신계약】
104-3. 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음)
104-4. 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)
(감액없음)【갱신계약】
105. 심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음)
105-1. 심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음)【갱신계약】
106. 심장질환(특정II)진단비(감액없음)
106-1. 심장질환(특정II)진단비(감액없음)【갱신계약】
107. 심장질환수술비
107-1. 심장질환수술비【갱신계약】
108. 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)
108-1. 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

110. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)
110-1. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)【갱신계약】
115. 질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)(매회지급)
115-1. 질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)(매회지급)【갱신계약】
119. 골·관절연골양성종양진단비(최초1회한)(감액없음)
120. 중이·호흡계·흉곽내기관양성종양진단비(최초1회한)(감액없음)
126. 부정맥질환(I49)진단비(감액없음)
126-1. 부정맥질환(I49)진단비(감액없음)【갱신계약】
128. 암수술비(유사암제외)
128-1. 암수술비(유사암제외)【갱신계약】
129. 유사암수술비
129-1. 유사암수술비【갱신계약】
133. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】
134. 질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급)
134-1. 질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급)【갱신계약】
137. 항암약물치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외)
138. 신특정순환계질환진단비(감액없음)
138-1. 신특정순환계질환진단비(감액없음)【갱신계약】
139. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)
139-1. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】
150. 암직접치료통원일당(종합병원)
151. 뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)
152. 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)
153. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)
154. 허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)
155. 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)
156. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)
157. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비II(진단후10년, 연간1회한)
158. 비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비II(진단후10년, 연간1회한)
159. 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)Q
160. 질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)Q
161. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)
161-1. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】
162. 간병인사용 질병입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)
162-1. 간병인사용 질병입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

163. 종합병원 질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)Q
164. 상급종합병원 질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)Q
165. 암수술비(유사암제외)(30%체증형)
166. 뇌혈관질환수술비(30%체증형)(감액없음)
167. 허혈성심장질환수술비(30%체증형)(감액없음)
171. 항암방사선약물치료비(감액없음)
171-1. 항암방사선약물치료비(감액없음)【갱신계약】
172. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)
172-1. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
174. 통합암진단비II(유사암제외)(감액없음)
177. 암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)
177-1. 암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
178. 유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)
178-1. 유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
179. 항암중입자방사선치료비(최초1회한)(감액없음)
180. 암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)
190. 간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)
190-1. 간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】
191. 종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)Q
192. 상급종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)Q
193. 질병수술비(종합병원)
193-1. 질병수술비(종합병원)【갱신계약】
194. 질병수술비(상급종합병원)
194-1. 질병수술비(상급종합병원)【갱신계약】
195. 질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급)
195-1. 질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급)【갱신계약】
197. 항암방사선치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외)
198. 신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음)
199. 신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)
200. 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)후유장해(3~100%)
201. 신특정순환계질환후유장해(3~100%)
203. 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원
206. 상급종합병원 간병인사용 질병입원일당II(1-180일)
208. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(감액없음)
208-1. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(감액없음)【갱신계약】

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

209. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)
209-1. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) 【갱신계약】
210. 암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음)
210-1. 암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음) 【갱신계약】
211. 암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비(진단후, 각 연간1회한)(감액없음)
211-1. 암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비(진단후, 각 연간1회한)(감액없음) 【갱신계약】
212. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)
212-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) 【갱신계약】
213. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)
213-1. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) 【갱신계약】
215. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비II(종합병원,연간1회한)
216. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음)
216-1. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음) 【갱신계약】
217. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)
217-1. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) 【갱신계약】
218. 암(유사암제외) 주요치료비II(종합병원,각 연간1회한)
218-1. 암(유사암제외) 주요치료비II(종합병원,각 연간1회한) 【갱신계약】
219. 유사암 주요치료비II(종합병원,각 연간1회한)
219-1. 유사암 주요치료비II(종합병원,각 연간1회한) 【갱신계약】
220. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)
220-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 【갱신계약】
221. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)
221-1. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 【갱신계약】
222. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)
223. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)
224. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)
224-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) 【갱신계약】

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

225. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)
225-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) 【갱신계약】
226. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)
226-1. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) 【갱신계약】
227. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)
227-1. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) 【갱신계약】
228. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음)
228-1. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음) 【갱신계약】
229. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)
229-1. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) 【갱신계약】
238. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)
238-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) 【갱신계약】
239. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)
239-1. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) 【갱신계약】
240. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)
240-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 【갱신계약】
241. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)
241-1. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 【갱신계약】
242. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)
243. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)
244. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)
244-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) 【갱신계약】

245. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)
245-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】
247. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)
247-1. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】
248. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)
248-1. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】
252. 암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)
252-1. 암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
253. 유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)
253-1. 유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
258. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음)
258-1. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음)【갱신계약】
259. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음)
259-1. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음)【갱신계약】
260. 암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음)
260-1. 암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음)【갱신계약】
261. 암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음)
261-1. 암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음)【갱신계약】
262. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음)
262-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】
263. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음)
263-1. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음)【갱신계약】
264. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음)
264-1. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음)【갱신계약】

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

265. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음)
265-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음)【갱신계약】

[제4장 상해 및 질병 관련 특별약관]

1. 깁스치료비
1-1. 깁스치료비【갱신계약】
5. 4대장애진단비(태아가입)
7. 응급실내원비(응급)
8. 응급실내원비(1급, 2급)
10. 기흉진단비(태아가입)
11. 희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
11-1. 희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
12. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
12-1. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
13. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)
13-1. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】
14. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)
14-1. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】
15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)
15-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)
15-2. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)
16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】
16-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】
16-2. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】

[제5장 4대Care 관련 특별약관]

15. 신체건강(난청(노년난청제외)진단비)
24. 신체건강(돌발성난청 및 특정귀어지럼증진단비(최초1회한)(감액없음))

「출생전 자녀가입 제도성 특별약관」 부가 특별약관

[제8장 태아 관련 특별약관]

1. 출생위험보장
2. 신생아보장(저체중아육아비용, 신생아입원일당)
3. 선천이상수술비II
4. 선천이상수술비(혀유착제외)
5. 특정선천이상수술비
6. 선천이상입원일당(1일이상)
7. 특정선천이상진단비
8. 특정변형두상진단비

출생전 자녀가입시 예약가입 가능 특별약관

아래에 해당하는 특별약관은 출생전 자녀가입시 예약가입이 가능한 특별약관입니다.

출생전 자녀가입시 예약가입 가능 특별약관

[제1장 의무부가 관련 특별약관]

1. 자녀보험료납입면제대상보장(11대)
2. 자녀보험료납입면제대상보장(12대)

[제2장 상해 관련 특별약관]

2. 교통상해80%이상후유장해(비운전자)
3. 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해
5. 스포츠활동중상해80%이상후유장해
6. 팔및손가락후유장해
7. 자전거탑승중상해80%이상후유장해
12. 탈구염좌및과긴장입원일당(4일이상)
17. 화상진단비
    17-1. 화상진단비【갱신계약】
18. 화상수술비Q
19. 폭력피해보장
20. 중대한화상및부식진단비
21. 스쿨존내어린이교통사고보장
27. 상해흉터복원수술비II(안면부)
29. 심한상해수술비
30. 상해1~5종수술비(매회지급)
    30-1. 상해1~5종수술비(매회지급)【갱신계약】
31. 상해흉터복원수술비
35. 외상성특정뇌출혈진단비
36. 외상성특정장기손상진단비
37. 중대한특정상해수술비
38. 상해사고부상보장I
39. 골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한)
42. 골절수술비(1~5급, 연간1회한)Q
43. 외모특정상해(머리,목)수술비
44. 교통상해후유장해(3~79%)(비운전자)
45. 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)
47. 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)

출생전 자녀가입시 예약가입 가능 특별약관

48. 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)
49. 유괴납치피해보장
52. 상해수술비(종합병원)
    52-1. 상해수술비(종합병원)【갱신계약】
53. 상해수술비(상급종합병원)
    53-1. 상해수술비(상급종합병원)【갱신계약】
55. 상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급)
58. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)
    58-1. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】
59. 아나필락시스진단비(응급의료, 연간1회한)
60. 아나필락시스진단비(연간1회한)
61. 중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)
    61-1. 중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】
62. 중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
    62-1. 중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
67. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)
68. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)
69. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)
70. 간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)
    70-1. 간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】
74. 간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)
    74-1. 간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】
75. 상해통합치료비Plus
    75-1. 상해통합치료비Plus【갱신계약】

[제3장 질병 관련 특별약관]

1-2. 암진단비(유사암제외)(감액없음)【예약】
2-2. 유사암진단비(감액없음)【예약】
4. 갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)
    4-1. 갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)【예약】

출생전 자녀가입시 예약가입 가능 특별약관

8-2. 뇌졸중진단비(감액없음)【예약】
10-2. 급성심근경색증진단비(감액없음)【예약】
12. 말기신부전증진단비
13. 충수염(맹장염)수술비
13-1. 충수염(맹장염)수술비【갱신계약】
16. 당뇨병수술비
17. 시청각질환수술비
20. 조혈모세포이식수술비
21. 중대한재생불량성빈혈진단비
22. 중대한가와사키·류마티스열진단비
24. 중증세균성수막염진단비
32. 십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음)
33. 만성당뇨합병증진단비(감액없음)
37. 모야모야병개두수술비
39. 5대기관질병수술비(최초1회한)(감액없음)
42. 누적외상성질환(VDT증후군)입원일당(1일이상)
46. 재진단암진단비
46-1. 재진단암진단비【갱신계약】
49-1. 질병으로인한 3대시각질환수술비【예약】
50-1. 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)【예약】
53-1. 약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비【예약】
54. 결핵진단비
56. 척추측만증수술비
62. 후각특정질환수술비
63. 내향성손발톱치료비(소독,도포및붕대치료제외)(연간1회한)(감액없음)
68. 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(감액없음)
69. 중증아토피진단비
70. 소아·청소년 특정성인병진단비【예약】
74. 암요양병원입원일당(1일이상60일한도)
75. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)
77. 116대질병수술비(감액없음)
77-1. 116대질병수술비Ⅰ(감액없음)
77-1-1. 116대질병수술비Ⅰ(감액없음)【갱신계약】
77-2. 116대질병수술비Ⅱ(감액없음)
77-2-1. 116대질병수술비Ⅱ(감액없음)【갱신계약】
77-3. 116대질병수술비Ⅲ(감액없음)

출생전 자녀가입시 예약가입 가능 특별약관

77-3-1. 116대질병수술비Ⅲ(감액없음)【갱신계약】
77-4. 116대질병수술비Ⅳ(감액없음)
77-4-1. 116대질병수술비Ⅳ(감액없음)【갱신계약】
77-5. 116대질병수술비Ⅴ(감액없음)
77-5-1. 116대질병수술비Ⅴ(감액없음)【갱신계약】
77-6. 116대질병수술비Ⅵ(감액없음)
77-6-1. 116대질병수술비Ⅵ(감액없음)【갱신계약】
78. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)
78-1. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)【갱신계약】
79. 갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)
83. 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)
84. 암특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)
86. 6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)
88. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)
88-1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
89. 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약】
89-1. 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약, 예약】
92. 신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)
92-1. 신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)【갱신계약】
96. 천식지속상태(급성중증천식)진단비
97. 12대소화계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)
98. 중등도이상아토피진단비
99. 아토피진단비
102. 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)【갱신계약】
109. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)
109-1. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】
111. 뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)
116. 다빈치로봇 암수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
116-1. 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
116-2. 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
117-1. 특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약, 예약】
118. 2대중추신경계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)

출생전 자녀가입시 예약가입 가능 특별약관

121. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】
121-1. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
122. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】
122-1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
123. 척추측만증진단비(Cobb's 각도 20도이상)
124. 보험료납입지원(유사암진단)
125. 사시수술비
127. 중증갑상선암진단비(감액없음)
127-1. 중증갑상선암진단비(감액없음)【예약】
130. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음)
130-1. 전이암진단비(감액없음)
130-2. 특정암Ⅱ진단비(감액없음)
131. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】
131-1. 전이암진단비(감액없음)【갱신계약】
131-2. 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】
132-1. 질병악안면수술비(급여, 연간1회한)【예약】
133-1. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
135-1. 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(감액없음)【예약】
136-1. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(감액없음)【예약】
140. 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)
142. 결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
142-1. 결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
143. 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
143-1. 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
144. 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
144-1. 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
145. 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
145-1. 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
146. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
146-1. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
147. 통합 뇌질병진단비(감액없음)
168. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간15회한)
169. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간30회한)

출생전 자녀가입시 예약가입 가능 특별약관

170. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간60회한)
173. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】
173-1. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
175. 통합암진단비Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)(감액없음)
176. 통합전이암진단비(감액없음)
181. 전이암Ⅱ수술비
181-1. 전이암Ⅱ수술비【갱신계약】
182. 전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)
182-1. 전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)【갱신계약】
183. 전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도)
184. 전이암Ⅱ항암방사선치료비
184-1. 전이암Ⅱ항암방사선치료비【갱신계약】
185. 전이암Ⅱ항암약물치료비
185-1. 전이암Ⅱ항암약물치료비【갱신계약】
186. 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
187. 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
188. 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
189. 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
196. 특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음)
202. 기타피부암,갑상선암 치료비지원
204. 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)
204-1. 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)【갱신계약】
205. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음)
207. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)
207-1. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】
214. 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)
214-1. 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】
230. 폐렴진단비(최초1회한)
230-1. 폐렴진단비(최초1회한)【갱신계약】
231. 폐렴진단비(연간1회한)
231-1. 폐렴진단비(연간1회한)【갱신계약】
232. 패혈증진단비(최초1회한)
232-1. 패혈증진단비(최초1회한)【갱신계약】
233. 패혈증진단비(연간1회한)

출생전 자녀가입시 예약가입 가능 특별약관

233-1. 패혈증진단비(연간1회한)【갱신계약】
234. 주요폐질환진단비(최초1회한)
234-1. 주요폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】
235. 주요폐질환진단비(연간1회한)
235-1. 주요폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】
236. 외부요인폐질환진단비(최초1회한)
236-1. 외부요인폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】
237. 외부요인폐질환진단비(연간1회한)
237-1. 외부요인폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】
246. 전이암II 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)
246-1. 전이암II 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】
249. 질병통합치료비(실속형)
249-1. 질병통합치료비(실속형)【갱신계약】
250. 질병통합치료비(기본형)
250-1. 질병통합치료비(기본형)【갱신계약】
251. 질병통합치료비(고급형)
251-1. 질병통합치료비(고급형)【갱신계약】
254. 단계별 만성신부전증진단비
254-1. 단계별 만성신부전증진단비【갱신계약】
255. 3대(간,폐,신장)질환 주요치료비
255-1. 3대(간,폐,신장)질환 주요치료비【갱신계약】
257. 단계별 만성특정폐질환진단비
257-1. 단계별 만성특정폐질환진단비【갱신계약】

[제4장 상해 및 질병 관련 특별약관]

2. 5대장기이식수술비
3. 각막이식수술비
3-1. 각막이식수술비【갱신계약】
6. 추간판장애 및 관절증(엉덩,무릎)(이차성및상세불명제외)수술비
17. 독감(인플루엔자)응급실내원비(응급)(10일면책)
18. 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비
18-1. 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비【갱신계약】

[제5장 4대Care 관련 특별약관]

1. 마음성장(ADHD(활동성 및 주의력 장애)진단비【예약】)
2. 마음성장(신경성식욕부진·폭식증진단비【예약】)
3-1. 마음성장(중증틱장애진단비【예약】)

출생전 자녀가입시 예약가입 가능 특별약관

4. 마음성장(성장기언어및행동발달특정장애진단비【예약】)
5-1. 신체성장(성조숙증진단비【예약】)
6-1. 신체성장(성조숙증II약제치료비(급여, 연간1회한)【예약】)
7. 신체성장(베일리영유아발달검사지원비(급여, 연간1회한))
8. 신체성장(소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약, 예약】)
9. 마음건강(성장기특정정신질환진단비(연간1회한))
10. 마음건강(심한정신장애진단비)
11. 마음건강(성장기자폐증진단비)
12-1. 마음건강(정신질환치료비I(90일이상약물처방)【예약】)
13-1. 마음건강(정신질환치료비II(90일이상약물처방)【예약】)
14-1. 마음건강(정신질환치료비III(90일이상약물처방)【예약】)
16-1. 신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)
17-1. 신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)
18. 신체건강(스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)수술비)
19. 신체건강(시력교정비【갱신계약, 예약】)
20. 신체건강(시력치료비【갱신계약, 예약】)
21. 신체건강(영유아시력교정안경치료비(연간1회한)【갱신계약】)
22. 신체건강(안구특정상해진단비(최초1회한)(감액없음))
23. 신체건강(2대안과특정질환진단비(최초1회한)(감액없음))

[제6장 비용손해 관련 특별약관]

1. 의료사고법률비용
2. 원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도)

[제7장 치아 관련 특별약관]

1-1. 어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】
2-1. 어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】
3-1. 어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약, 예약】
4-1. 어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약, 예약】
5. 부정교합치료비【갱신계약, 예약】
6-1. 불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약, 예약】

[제10장 배상책임 관련 특별약관]

1. 가족일상생활중배상책임IV【갱신계약】
2. 가족일상생활중배상책임IV(누수사고 제외)【갱신계약】

약관 이용 가이드 북

KB손해보험

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

01 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.
특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 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 공통 사항을 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 (보장보험료 환급형 보험금 지급사유) 제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유) ※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 [보험금 지급사유 및 미지급사유]도 반드시 확인할 필요	P110 P115 P119
영상자료	❷ 청약 철회 제21조 (청약의 철회)	P126
영상자료	❸ 계약 취소 제22조 (약관교부 및 설명의무 등)	P127
영상자료	❹ 계약 무효 제23조 (계약의 무효)	P128
영상자료	❺ 계약 前 알릴 의무 및 위반효과 제16조 (계약 전 알릴 의무) 제18조 (알릴 의무 위반의 효과)	P123 P125

영상자료	❻ 계약 後 알릴 의무 및 위반효과 제17조 (상해보험계약 후 알릴 의무) 제18조 (알릴 의무 위반의 효과)	P123 P125
영상자료	❼ 보험료 연체 및 해지 제30조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	P131
영상자료	❽ 부활(효력회복) 제31조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	P132
영상자료	❾ 해약환급금 제33조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 제36조 (해약환급금)	P132 P133
영상자료	❿ 보험계약대출 제37조 (보험계약대출)	P135

05 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

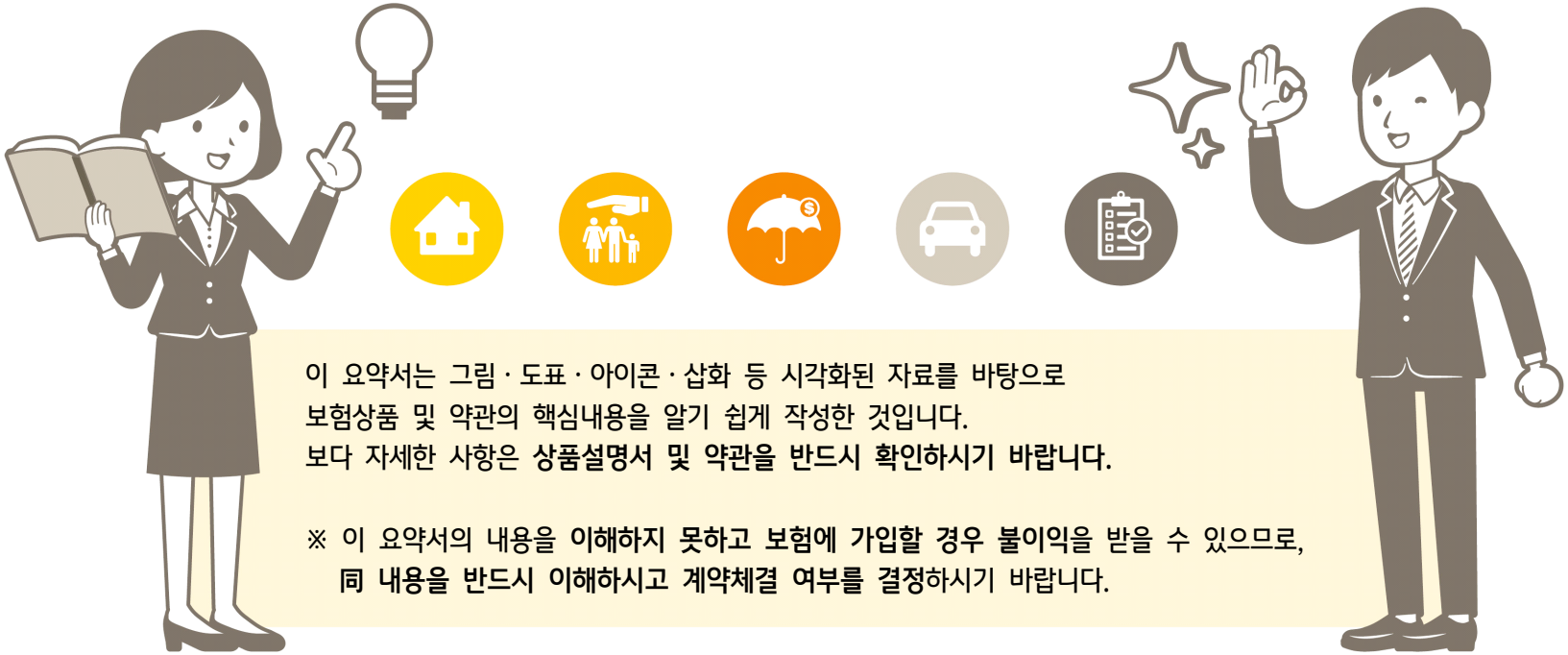
01	시각화된 **'약관요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입 시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	약관 요약서 P41
02	**'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	핵심 체크항목 P39
03	**'가나다 順 특약 색인(索引)'**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. ※ 주 계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입한 특약에 한해 보장받을 수 있음	특약 색인 P1369
04	약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	용어 해설 P82
05	스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.	QR코드 P38
06	**'약관에서 인용된 법 · 규정' 항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	관련법규 P1343
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**

KB손해보험



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 불이익**을 받을 수 있으므로,
同 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

Ⅰ. 보험계약의 개요

보험회사명	보험상품명	보험상품의 종목
KB손해보험	KB 금쪽같은 자녀보험Plus(무배당)(26.07)	자녀보험



01 상품의 주요 특징

◎ 이 상품은 아래와 같이 총 3종으로 상품이 구성되어 있습니다.

1종	2종	3종
1형 : 자녀 납입면제 환급형	자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형 (납입기간 이후)	1형 : 계약전환용 자녀 납입면제 환급형
2형 : 자녀 납입면제 기본형		2형 : 계약전환용 자녀 납입면제 기본형
		3형 : 계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)

02 '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

KB 금쪽같은 자녀보험Plus(무배당)(26.07)

❶ **무배당**
계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

❷ **자녀보험**
자녀가 성인이 될 때까지 발생할 수 있는 상해사고나 질병 등에 대비할 수 있는 상품입니다.

보장성보험
(사망, 상해, 질병 등)

보험료 갱신형



해약환급금 0원
※ (납입기간 중 해지시, 2종/3종3형에 한함
(일부 특별약관 제외))

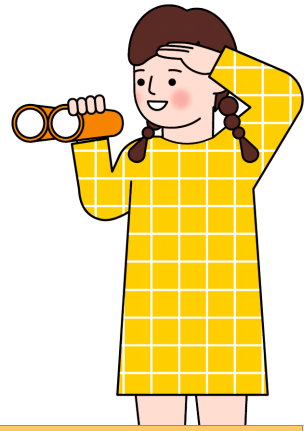
예금자 보호

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01 보험금 지급제한사항

주의

이 보험에는 **면책기간, 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.
단, 암 관련 담보의 면책기간(90일)은 보험계약시 보험나이 15세 이상인 경우에 한하여 적용되며, 3종 계약의 경우 면책기간을 적용하지 않습니다.

☑ **면책기간 적용 담보**

담보명	면책기간
10대고액치료비암진단비(감액없음)	가입후 90일간 보장 제외
말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형)	가입후 90일간 보장 제외
신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함) 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)【갱신계약】	첫 번째 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 또는 직전 신재진단암Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단 후 2년간 보장 제외 (첫번째암은 가입후 90일간 보장 제외)
암특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)	가입후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
다발성소아암진단비(감액없음)	가입후 90일간 보장 제외
암요양병원입원일당(1일이상60일한도) 암요양병원입원일당(1일이상60일한도)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
암요양병원입원일당(1일이상90일한도) 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)	가입후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
암직접치료통원일당	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
표적항암약물허가치료비 (최초1회한)(감액없음) 표적항암약물허가치료비 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)
암직접치료입원일당 (요양제외,1일이상180일한도) 암직접치료입원일당 (요양제외,1일이상180일한도)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
재진단암진단비 재진단암진단비【갱신계약】	첫 번째 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 또는 직전 재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외) 진단 후 2년간 보장 제외 (첫번째암은 가입후 90일간 보장제외)
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 누수 이외의 사고는 제외)
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ (종합병원,연간1회한)	가입 후 90일간 보장 제외
독감(인플루엔자)응급실내원비(응급) (10일면책)	가입 후 10일간 보장 제외
전이암Ⅱ항암약물치료비 전이암Ⅱ항암약물치료비【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
어린이치아보존치료비 (유치 및 영구치)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외(단, 상해는 제외)

담보명	면책기간
암직접치료통원일당 (상급종합병원)	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
암진단비(유사암제외)(감액없음) 암진단비(유사암제외) (감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
다빈치로봇 암수술비 (최초1회한)(감액없음) 【갱신계약】	• 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 : 가입후 90일간 보장 제외
	• 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 : 가입후 90일간 보장 제외
암직접치료통원일당(종합병원)	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
암(기타피부암 및 갑상선암 포함)후유장해(3~100%)	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암 제외)
암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)	가입 후 90일간 보장 제외
통합암진단비Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) (감액없음)	가입 후 90일간 보장 제외
전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
어린이치아치수치료비 (유치 및 영구치)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외(단, 상해는 제외)

담보명	면책기간
신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약】	첫 번째 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 또는 직전 신재진단암Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단 후 1년간 보장 제외 (첫 번째 암은 가입후 90일간 보장제외)
항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선,음경,고환)암)(감액없음)	가입후 90일간 보장 제외
항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암)(감액없음)	가입후 90일간 보장 제외
불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
자녀보험료 납입면제대상보장(11대)	가입후 90일간 보장 제외 (단, 일반상해50%이상후유장해, 질병50%이상후유장해, 뇌혈관질환, 심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49), 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈, 외상성특정뇌출혈, 외상성특정장기손상, 산정특례대상 희귀질환, 중대한 화상 및 부식은 제외)
11대특정감염병진단비(수족구포함)(연간1회한, 10일면책)	가입 후 10일간 보장 제외
항암방사선치료비(감액없음) 항암방사선치료비(감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암 제외)
전이암Ⅱ항암방사선치료비 전이암Ⅱ항암방사선치료비【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(감액없음)	가입 후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외(단, 상해는 제외) (단, 발치치료비의 경우 면책기간 없음)
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외(단, 상해는 제외)
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)【갱신계약】	가입 후 10일간 보장 제외
중증갑상선암진단비(감액없음)	가입후 90일간 보장 제외
암수술비(유사암제외)(최초1회한) 암수술비(유사암제외)(최초1회한)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
암수술비(유사암제외) 암수술비(유사암제외)【갱신계약】 암수술비(유사암제외)(30%체증형)	가입후 90일간 보장 제외
전이암Ⅱ수술비 전이암Ⅱ수술비【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
항암약물치료비(감액없음) 항암약물치료비(감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암 제외)
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ (진단후 10년, 연간1회한)	가입 후 90일간 보장 제외
중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	• 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 보장 : 가입 후 90일간 보장 제외 • 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 보장 : 가입 후 5년간 보장 제외
통합전이암진단비(감액없음)	가입 후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도) 전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함) 신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)【갱신계약】	첫 번째 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 또는 직전 신재진단암Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단 후 1년간 보장 제외 (첫번째암은 가입후 90일간 보장 제외)
전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음) 전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】	• 전이암진단비(감액없음), 전이암진단비(감액없음) 【갱신계약】 : 가입후 90일간 보장 제외
	• 특정암Ⅱ진단비(감액없음), 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】 : 가입후 90일간 보장 제외
항암약물치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외)	• 항암약물치료비(급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장 : 가입 후 90일간 보장 제외
	• 항암약물치료비(비급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장 : 가입 후 90일간 보장 제외
전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ(종합병원,각 연간1회한) 암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ(종합병원,각 연간1회한)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)
항암방사선치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외)	• 항암방사선치료비(급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장 : 가입 후 90일간 보장 제외
	• 항암방사선치료비(비급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장 : 가입 후 90일간 보장 제외
전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도) 전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)	가입 후 90일간 보장 제외
항암중입자방사선치료비(최초1회한)(감액없음)	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
원격지 암직접치료통원 임시거주비 (1일 10만원한도)	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
항암방사선약물치료비(감액없음) 항암방사선약물치료비(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
표적항암방사선치료비 (최초1회한)(감액없음) 표적항암방사선치료비 (최초1회한)(감액없음) 【갱신계약】	• 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선) (최초1회한)(감액없음) • 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선) (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 : 가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)
	• 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선) (최초1회한)(감액없음) • 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선) (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 : 가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)
암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비 (진단후, 각 연간1회한)(감액없음) 암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비 (진단후, 각 연간1회한)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 유사암은 제외)
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)	가입후 90일간 보장 제외
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
자녀보험료 납입면제대상보장(12대)	가입후 90일간 보장 제외 (단, 일반상해50%이상후유장해, 질병50%이상후유장해, 뇌혈관질환, 심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49), 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈, 외상성특정뇌출혈, 외상성특정장기손상, 산정특례대상 희귀질환, 중대한 화상 및 부식, 각막이식수술은 제외)
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	가입후 90일간 보장 제외
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원) (항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원) (항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)	가입 후 90일간 보장 제외
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음) 암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외

담보명	면책기간
암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음) 암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 제외
암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음)【갱신계약】	가입 후 90일간 보장 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
5%/10%
25%/50%

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있습니다.
단, 3종 계약의 경우 감액지급을 적용하지 않습니다.

☑ 감액지급 적용 담보

담보명	감액기간 및 비율
어린이치아보존치료비 (유치 및 영구치)【갱신계약】	가입후 1년간 아래와 같이 지급 (단, 상해는 제외) -아말감,글래스아이노머 : 보험가입금액의 5% -레진필링, 인레이·온레이 : 보험가입금액의 25% -크라운치료 : 보험가입금액의 50%
어린이치아치수치료비 (유치 및 영구치)【갱신계약】	가입후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 상해는 제외)
간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음) 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)【갱신계약】	• 간병인 사용시간 1일당 8시간 미만인 경우 : 가입후 2년간 가입금액 25% 지급 (단, 1년미만 5%지급) • 간병인 사용시간 1일당 8시간 이상인 경우 : 가입후 2년간 가입금액 50% 지급 (단, 1년미만 10%지급)

담보명	감액기간 및 비율
어린이치아치료비 (영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】	가입후 2년간 아래와 같이 지급(단, 상해는 제외) -가철성의치(틀니), 임플란트 : 보험가입금액의 50% -고정성가공의치(브릿지) : 보험가입금액의25% -특정임플란트치조골이식술 : 보험가입금액의10%
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음) 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음)【갱신계약】	가입 후 2년간 가입금액 50% 지급 (단, 1년미만 10%지급)
2대질병(뇌, 심장)주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음) 2대질병(뇌, 심장)주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	가입 후 1년내 진단확정되고 보험금 지급대상기간 중 보험금 지급사유 발생시 가입금액 50% 지급

담보명	감액기간 및 비율
폐렴진단비(최초1회한) 폐렴진단비(최초1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 (단, 90일미만 10%지급)
패혈증진단비(최초1회한) 패혈증진단비(최초1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 (단, 90일미만 10%지급)
외부요인폐질환진단비(최초1회한) 외부요인폐질환진단비(최초1회한) 【갱신계약】	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 (단, 90일미만 10%지급)
주요폐질환진단비(최초1회한) 주요폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 (단, 90일미만 10%지급)
질병통합치료비(실속형) 질병통합치료비(실속형)【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병통합치료비(고급형) 질병통합치료비(고급형)【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
단계별 만성특정폐질환진단비 단계별 만성특정폐질환진단비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

담보명	감액기간 및 비율
폐렴진단비(연간1회한) 폐렴진단비(연간1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 (단, 90일미만 10%지급)
외부요인폐질환진단비(연간1회한) 외부요인폐질환진단비(연간1회한) 【갱신계약】	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 (단, 90일미만 10%지급)
패혈증진단비(연간1회한) 패혈증진단비(연간1회한)【갱신계약】	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 (단, 90일미만 10%지급)
주요폐질환진단비(연간1회한) 주요폐질환진단비(연간1회한) 【갱신계약】	가입 후 1년간 가입금액 50% 지급 (단, 90일미만 10%지급)
질병통합치료비(기본형) 질병통합치료비(기본형)【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
3대(간,폐,신장)질환 주요치료비 3대(간,폐,신장)질환 주요치료비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
단계별 만성간질환진단비 단계별 만성간질환진단비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
단계별 만성신부전증진단비 단계별 만성신부전증진단비【갱신계약】	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

보장한도

보장한도
최초 1회한

보장한도
연간
1/3/5/10/
15/30/60회한

보장한도
10/20/60/120/
90/180/185/365일
한도

이 보험에는 보험금 지급한도가 설정된 담보가 있습니다.

보장한도 적용 담보

담보명	보장한도
자녀보험료납입면제대상보장(11대)	최초 1회한
자녀보험료납입면제대상보장(12대)	최초 1회한
10대고액치료비암진단비(감액없음)	최초 1회한
뇌졸중진단비(태아가입) 뇌졸중진단비(태아가입)【갱신계약】	최초 1회한
뇌출혈진단비(감액없음)	최초 1회한
뇌출혈진단비(태아가입)	최초 1회한
뇌하수체기능저하진단비	최초 1회한
부양자질병80%이상후유장해생활지원금 (20년매년지급형)	최초 1회한
뇌혈관질환진단비(태아가입) 뇌혈관질환진단비(태아가입)【갱신계약】	최초 1회한
만성당뇨합병증진단비(감액없음)	최초 1회한
마음성장(ADHD(활동성 및 주의력 장애)진단비【예약】)	최초 1회한
갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)	연간 1회한
일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(감액없음)	최초 1회한
다발성소아암진단비(감액없음)	최초 1회한
대중교통이용중교통상해80%이상후유장해	최초 1회한

담보명	보장한도
출산전선별검사이상소견진단비	최초 1회한
갑상선암(초기제외)진단비(감액없음) 갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)【예약】	최초 1회한
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅱ (상해80%이상후유장해)	최초 1회한
부양자상해80%이상후유장해생활지원금 (20년매년지급형)	최초 1회한
누적외상성질환(VDT증후군)입원일당(1일이상)	1회 입원당 120일 한도
부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형)	1회한
부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형)	1회한
부정교합치료비【갱신계약, 예약】	최초 1회한
신체건강(안구특정상해진단비(최초1회한)(감액없음))	최초 1회한
각막이식수술비 각막이식수술비【갱신계약】	최초 1회한
통합전이암진단비(감액없음)	세부보장별 각각 최초1회한
2대중추신경계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)	최초 1회한
상급종합병원 상해입원일당(1일이상)	1회 입원당 180일 한도
상급종합병원 질병입원일당(1일이상)Q	1회 입원당 180일 한도

담보명	보장한도
말기신부전증진단비	최초 1회한
암진단비(유사암제외)(감액없음) 암진단비(유사암제외)(감액없음)【갱신계약】 암진단비(유사암제외)(감액없음)【예약】	최초 1회한
기흉진단비	최초 1회한
기흉진단비(태아가입)	최초 1회한
양수색전증진단비	최초 1회한
다운증후군출산보장	최초 1회한
모야모야병개두수술비	최초 1회한
모성사망	1회한
부양자사망자녀교육지원금 I (질병사망)	1회한
선천이상입원일당(1일이상)	1회 입원당 120일 한도
신체성장(성조숙증진단비) 신체성장(성조숙증진단비【예약】)	최초 1회한
소아·청소년 특정성인병진단비【예약】	최초 1회한
상해중환자실입원일당(1일이상) II 상해중환자실입원일당(1일이상) II【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
스포츠활동중상해80%이상후유장해	최초 1회한
신체건강(시력교정비【갱신계약, 예약】)	최초 1회한
신체건강(시력치료비【갱신계약, 예약】)	최초 1회한
불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약】 불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약, 예약】	연간 1회한
식중독입원일당(4일이상)	1회 입원당 120일 한도
암요양병원입원일당(1일이상60일한도) 암요양병원입원일당(1일이상60일한도) 【갱신계약】	1회 입원당 60일 한도
양수과다증진단비	최초 1회한

담보명	보장한도
상해입원일당(1일이상 10일한도)	1회 입원당 10일 한도
유사암진단비(감액없음) 유사암진단비(감액없음)【갱신계약】 유사암진단비(감액없음)【예약】	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 각 1회한
상해흉터복원수술비	1사고당 500만원 한도
뇌성마비진단비	최초 1회한
수두진단비	최초 1회한
수두진단비(태아가입)	최초 1회한
천식지속상태(급성중증천식)진단비	최초 1회한
마음건강(성장기특정정신질환진단비(연간1회한))	연간 1회한
중등도이상아토피진단비	최초 1회한
아토피진단비	최초 1회한
마음성장(중증틱장애진단비) 마음성장(중증틱장애진단비【예약】)	최초 1회한
상해입원일당(1일이상 20일한도)	1회 입원당 20일 한도
상해입원일당(1일이상) II 상해입원일당(1일이상) II【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
소아백혈병진단비	최초 1회한
암직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도) 암직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
골·관절연골양성종양진단비(최초1회한)(감액없음)	최초 1회한
신체건강(2대안과특정질환진단비 (최초1회한)(감액없음))	최초 1회한
중이·호흡계·흉곽내기관양성종양진단비 (최초1회한)(감액없음)	최초 1회한
암요양병원입원일당(1일이상90일한도) 암요양병원입원일당(1일이상90일한도) 【갱신계약】	1회 입원당 90일 한도
양수과소증진단비	최초 1회한

담보명	보장한도
약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비 약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비【예약】	최초 1회한
유산입원일당	1회 입원당 120일 한도
일반상해50%이상후유장해생활지원금 (20년매년지급형)	최초 1회한
말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형) 말기암호스피스통증완화치료비 (가정형, 입원형)【예약】	최초 1회한
일반상해80%이상후유장해생활지원금 (20년매년지급형)	최초 1회한
일반상해사망일반상해사망【갱신계약】 일반상해사망 추가	1회한
특정변형두상진단비	최초 1회한
어린이개흉심장수술비	최초 1회한
어린이특정질병입원일당(1일이상)	1회 입원당 180일 한도
조혈모세포이식수술비	최초 1회한
일반상해80%이상후유장해	최초 1회한
질병사망 질병사망【갱신계약】	1회한
심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음) 심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
항암방사선치료비(감액없음) 항암방사선치료비(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한 (단, 기타피부암, 갑상선암은 각 1회한이며, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 인한 치료를 먼저 받았을시 제외)
암직접치료통원일당	통원1일당 1회한
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)	연간 1회한

담보명	보장한도
여성산과관련 자궁적출수술비	최초 1회한
원형탈모증진단비	최초 1회한
유괴납치피해보장	1사고당 90일 한도
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비 (연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
전립선바늘생검조직병리진단비 (연간1회한) 전립선바늘생검조직병리진단비 (연간1회한)【예약】	연간 1회한
질병50%이상후유장해생활지원금 (20년매년지급형)	최초 1회한
중대한가와사키 · 류마티스열진단비	최초 1회한
중대한재생불량성빈혈진단비	최초 1회한
중대한특정상해수술비	최초 1회한
중대한화상및부식진단비	최초 1회한
중증세균성수막염진단비	최초 1회한
중증아토피진단비	최초 1회한
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비 (연간1회한)(10일면책)【갱신계약】	연간 1회한
심장질환(특정Ⅱ)진단비(감액없음) 심장질환(특정Ⅱ)진단비(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
항암약물치료비(감액없음) 항암약물치료비(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한 (단, 기타피부암, 갑상선암은 각 1회한이며, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 인한 치료를 먼저 받았을시 제외)
질병80%이상후유장해	최초 1회한
특정선천이상진단비	최초 1회한

담보명	보장한도
암직접치료통원일당(상급종합병원)	통원1일당 1회한
암특정재활치료비 (급여, 1일1회, 연간10회한)	1일 1회한, 연간10회한
임신중독증(자간포함)진단비	최초 1회한
임신출산질환입원일당	1회 입원당 120일 한도
질병수술입원일당(20일한도)	1회 수술입원당 수술일로부터 20일 한도
질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한) 질병으로인한 3대시각질환수술비 (1회한)【예약】	최초 1회한
질병입원일당(1일이상 10일한도)Q	1회 입원당 10일 한도
충수염(맹장염)수술비 충수염(맹장염)수술비【갱신계약】	최초 1회한
탈구염좌및과긴장입원일당(4일이상)	1회 입원당 180일 한도
질병중환자실입원일당(1일이상)Q 질병중환자실입원일당(1일이상)Q【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
태반조기박리진단비	최초 1회한
암수술비(유사암제외)(최초1회한) 암수술비(유사암제외)(최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한) (감액없음)【갱신계약, 예약】	연간 1회한
신체건강(난청(노년난청제외)진단비)	최초 1회한
양성뇌종양진단비 양성뇌종양진단비【갱신계약】	최초 1회한
보험료납입지원(유사암진단)	최초 1회한
암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)	최초 1회한

담보명	보장한도
질병80%이상후유장해생활지원금 (20년매년지급형)	최초 1회한
특정갑상선기능저하증진단비	최초 1회한
특정임신중당뇨병진단비	최초 1회한
특정희귀난치성질환입원일당(1일이상)	1회 입원당 120일 한도
질병수술입원일당(20일한도)Q	1회 수술입원당 수술일로부터 20일 한도
허혈성심장질환진단비(감액없음) 허혈성심장질환진단비(감액없음) 【갱신계약】	최초 1회한
질병입원일당(1일이상 20일한도)Q	1회 입원당 20일 한도
질병입원일당(1일이상)Q 질병입원일당(1일이상)Q【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
특정바이러스질환진단비(감액없음)	최초 1회한
뇌 정위적 방사선술 보장 (급여, 연간1회한)(감액없음)	연간 1회한
자전거탑승중상해80%이상후유장해	최초 1회한
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
갑상선암호르몬약물허가치료비 (최초1회한)(감액없음)【예약】 갑상선암호르몬약물허가치료비 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	최초 1회한
종합병원 질병입원일당(1일이상)Q	1회 입원당 180일 한도
마음건강(성장기자폐증진단비)	최초 1회한
마음건강(심한정신장애진단비)	최초 1회한
영유아시력교정안경치료비(연간1회한) 【갱신계약】	연간 1회한

담보명	보장한도
신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)) 신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)	연간 1회한
신특정순환계질환진단비(감액없음) 신특정순환계질환진단비(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
기타피부암,갑상선암 치료비지원	최초 1회한
항암중입자방사선치료비(최초1회한)(감액없음)	최초 1회한
2대질병(뇌, 심장) 치료비지원	최초 1회한
상급종합병원 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(1-180일)	1회 입원당 180일 한도
상급종합병원 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(1-180일)	1회 입원당 180일 한도
외상성특정뇌출혈진단비	최초 1회한
신체성장(소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약, 예약】)	연간 1회한
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)	1회 입원당 180일 한도
통합 뇌질병진단비(감액없음)	각 세부보장별 최초 1회한
심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)	연간 1회한
부정맥질환(I49)진단비 부정맥질환(I49)진단비【갱신계약】	최초 1회한
마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)) 마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)【예약】)	최초 1회한
마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)) 마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)【예약】)	최초 1회한
마음건강(정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방)) 마음건강(정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방)【예약】)	최초 1회한
뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)	통원 1일당 1회한, 연간30일한도
뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)	통원 1일당 1회한, 연간30일한도

담보명	보장한도
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	최초 1회한
종합병원 상해입원일당(1일이상)	1회 입원당 180일 한도
아나필락시스진단비(응급의료, 연간1회한)	연간 1회한
아나필락시스진단비(연간1회한)	연간 1회한
십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음)	연간 1회한
신체성장(베일리영유아발달검사지원비(급여, 연간1회한))	연간 1회한
척추측만증진단비(Cobb's 각도 20도이상)	최초 1회한
질병악안면수술비(급여, 연간1회한) 질병악안면수술비(급여, 연간1회한)【예약】	연간 1회한
마음성장(신경성식욕부진·폭식증진단비【예약】)	최초 1회한
외상성특정장기손상진단비	최초 1회한
마음성장(성장기언어및행동발달특정장애진단비【예약】)	최초 1회한
중증갑상선암진단비(감액없음) 중증갑상선암진단비(감액없음)【예약】	최초 1회한
간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일) 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)	1회 입원당 365일 한도
신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한) 신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)	연간 1회한
허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)	통원 1일당 1회한, 연간30일한도
허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)	통원 1일당 1회한, 연간30일한도

담보명	보장한도
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)	통원 1일당 1회한, 연간30일한도
신체성장(성조숙증Ⅱ약제치료비(급여, 연간1회한)) 신체성장(성조숙증Ⅱ약제치료비 (급여, 연간1회한)【예약】)	연간 1회한
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한) (감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
심장부정맥 고주파·냉각절제술 보장 (급여, 연간1회한)(감액없음)	연간 1회한
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원) 간병인사용 상해입원일당(1일이상) (요양병원)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
중증질환자(심장) 산정특례대상보장 (연간1회한)(감액없음) 중증질환자(심장) 산정특례대상보장 (연간1회한)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
상해입원일당 (요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도
질병입원일당 (요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)Q	1회 입원당 180일 한도
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(감액없음) 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(감액없음) 【예약】	연간 1회한
신생아보장 (저체중아육아비용, 신생아입원일당)	저체중아육아비용 : 60일 한도 신생아입원일당 : 1회 입원당 120일 한도

담보명	보장한도
허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)	통원 1일당 1회한, 연간30일한도
상급종합병원질병입원일당 (2-3인실, 1일이상60일한도)Q	1회 입원당 60일 한도
신체건강(돌발성난청 및특정귀어지럼증진단비(최초1회한)(감액없음))	최초 1회한
간병인사용 질병입원일당 (1일이상)(요양병원)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간병인사용 상해입원일당Ⅱ (요양병원 제외, 1-180일) 간병인사용 상해입원일당Ⅱ (요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장 (연간1회한)(감액없음) 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장 (연간1회한)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음) 표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음) 【갱신계약】	• 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음) • 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 : 최초 1회한
	• 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음) • 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 : 최초 1회한

담보명	보장한도
특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음)	• 특정 양성종양 수술비 I (24대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) 보장 : 최초 1회한
	• 특정 양성종양 수술비 II (33대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) 보장 : 최초 1회한
	• 특정 양성종양 수술비III(5대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) 보장 : 최초 1회한
	• 특정 양성종양 수술비IV(6대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) 보장 : 최초 1회한
항암약물치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외)	• 항암약물치료비(급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장 : 최초 1회한
	• 항암약물치료비(비급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장 : 최초 1회한
중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) 중증외상환자 산정특례대상보장 (연간1회한)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 중증화상환자 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 결핵질환자 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한) 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】	최초 진단확정일을 포함하여 10년이내 연간 1회한
항암방사선치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외)	• 항암방사선치료비(급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장 : 최초 1회한
	• 항암방사선치료비(비급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장 : 최초 1회한
중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 【갱신계약】	• 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음) 보장 : 최초 1회한
	• 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음) 보장 : 최초 1회한
12대소화계특정질환진단비 (최초1회한)(감액없음)	최초 1회한
중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한) (감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
11대특정감염병진단비(수족구포함) (연간1회한, 10일면책) 11대특정감염병진단비(수족구포함) (연간1회한)(태아가입)	연간 1회한
중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음) 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한) (감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(감액없음) 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(감액없음)【예약】	각 세부보장별 1회한
질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)Q	1회 입원당 365일 한도
간호간병통합서비스 질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일) 간호간병통합서비스 질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일) 【갱신계약】	1회 입원당 365일 한도
종합병원 상해입원일당 (상급병실(1인실), 1일이상30일한도)	1회 입원당 30일 한도
상급종합병원 상해입원일당 (상급병실(1인실), 1일이상60일한도)	1회 입원당 60일 한도
상해재활치료비 (급여, 1일1회한, 연간15회한)	입원/통원 각각 1일 1회한, 합산 연간 15회한
상해재활치료비 (급여, 1일1회한, 연간30회한)	입원/통원 각각 1일 1회한, 합산 연간 30회한
상해재활치료비 (급여, 1일1회한, 연간60회한)	입원/통원 각각 1일 1회한, 합산 연간 60회한
창상봉합술 치료비(안면/경부 외) (1일1회한, 연간3회한, 급여)	1일 1회한, 연간 3회한
암직접치료통원일당(종합병원)	통원 1일당 1회한

담보명	보장한도
간병인사용 질병입원일당Ⅱ (요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 간병인사용 질병입원일당Ⅱ (요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 【갱신계약】	1회 입원당 185일 한도
간호간병통합서비스 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일) 간호간병통합서비스 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일) 【갱신계약】	1회 입원당 365일 한도
간호간병통합서비스 상해질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 간호간병통합서비스 상해질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 【갱신계약】	상해/질병 각각 1회 입원당 185일 한도
내향성손발톱치료비(소독,도포및붕대치료제외) (연간1회한)(감액없음)	연간 1회한
종합병원 질병입원일당 (상급병실(1인실), 1일이상30일한도)Q	1회 입원당 30일 한도
상급종합병원 질병입원일당 (상급병실(1인실), 1일이상60일한도)Q	1회 입원당 60일 한도
질병재활치료비Ⅱ (급여, 1일1회한, 연간15회한)	입원/통원 각각 1일 1회한, 합산 연간 15회한
질병재활치료비Ⅱ (급여, 1일1회한, 연간30회한)	입원/통원 각각 1일 1회한, 합산 연간 30회한
질병재활치료비Ⅱ (급여, 1일1회한, 연간60회한)	입원/통원 각각 1일 1회한, 합산 연간 60회한
창상봉합술 치료비(안면/경부) (1일1회한, 연간3회한, 급여)	1일 1회한, 연간 3회한
뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)	입원 또는 통원 각 1일당 1회한, 연간90일한도

담보명	보장한도
특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약】	각 세부보장별 최초 1회한
항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암)(감액없음)	최초 1회한
항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선,음경,고환)암)(감액없음)	최초 1회한
간병인사용 상해입원일당Ⅱ (요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 간병인사용 상해입원일당Ⅱ (요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 【갱신계약】	1회 입원당 185일 한도
비급여 표적항암약물허가치료비 (최초1회한)(감액없음) 비급여 표적항암약물허가치료비 (감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
전이암Ⅱ직접치료입원일당 (요양제외,1일이상180일한도) 전이암Ⅱ직접치료입원일당 (요양제외,1일이상180일한도)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(감액없음)	세부보장별 각각 최초1회한
전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도) 전이암Ⅱ요양병원입원일당 (1일이상90일한도)【갱신계약】	1회 입원당 90일 한도
전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한) (감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	최초 1회한
원격지 암직접치료통원 임시거주비 (1일 10만원한도)	1일당 10만원 한도

담보명	보장한도
전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음) 전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음) 【갱신계약】	• 전이암진단비(감액없음), 전이암진단비(감액없음)【갱신계약】 : 최초 1회한
	• 특정암Ⅱ진단비(감액없음), 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】 : 최초 1회한
특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약, 예약】	각 세부보장별 최초 1회한
신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함) 신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)【갱신계약】	5회한
비급여 표적항암약물허가치료비 (최초1회한)(감액없음)【예약】 비급여 표적항암약물허가치료비 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	최초 1회한
종합병원상해입원일당 (2-3인실, 1일이상30일한도) 종합병원질병입원일당 (2-3인실, 1일이상30일한도)Q	1회 입원당 30일 한도
통합암진단비Ⅱ(전이암포함) (유사암제외)(감액없음)	세부보장별 각각 최초1회한
전이암Ⅱ항암약물치료비 전이암Ⅱ항암약물치료비【갱신계약】	최초 1회한
전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한) (감액없음)【갱신계약, 예약】	최초 1회한
전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료 비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	최초 1회한
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비Ⅱ (진단후 10년, 연간1회한)	최초암 진단확정일을 포함하여 10년이내 연간 1회한

담보명	보장한도
간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한) 간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
상급종합병원상해입원일당 (2-3인실, 1일이상60일한도)	1회 입원당 60일 한도
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 비급여(전액본인부담 포함) 암수술은 수술1회당 보장)
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ (종합병원,연간1회한)	연간 1회한
항암방사선약물치료비(감액없음) 항암방사선약물치료비(감액없음) 【갱신계약】	최초 1회한 (단, 기타피부암, 갑상선암은 각 1회한이며, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 인한 치료를 먼저 받았을 시 보장 제외)
간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음) 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
간병인사용 질병입원일당(1일이상) (요양병원)(감액있음) 간병인사용 질병입원일당(1일이상) (요양병원)(감액있음)【갱신계약】	1회 입원당 180일 한도
폐렴진단비(최초1회한) 폐렴진단비(최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한) 간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
전이암Ⅱ항암방사선치료비 전이암Ⅱ항암방사선치료비【갱신계약】	최초 1회한
자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한) 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)【예약】	연간 1회한
유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술은 수술1회당 보장)
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)	최초암 진단확정일을 포함하여 10년이내 연간 1회한
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) 【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
유사암 주요치료비Ⅱ(종합병원,각 연간1회한) 유사암 주요치료비Ⅱ(종합병원,각 연간1회한) 【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한
폐렴진단비(연간1회한) 폐렴진단비(연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한

담보명	보장한도
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음) 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비 (진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	최초 진단확정일을 포함하여 10년이내 연간 1회한
암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음) 암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 검사구분 별로 연간 1회한
암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ(종합병원,각 연간1회한) 암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ(종합병원,각 연간1회한)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한
신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음) 신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비 Plus(상급종합병원)(감액없음) 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비 Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	뇌혈관질환 및 허혈성심장질환 각각에 대한 치료구분별로 연간 1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) 유사암 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음) 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
패혈증진단비(최초1회한) 패혈증진단비(최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한
외부요인폐질환진단비(최초1회한) 외부요인폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한

담보명	보장한도
2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비 Plus(감액없음) 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비 Plus(감액없음)【갱신계약】	뇌혈관질환 및 허혈성심장질환 각각에 대한 치료구분별로 연간 1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비 (진단후, 각 연간1회한)(감액없음) 암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비 (진단후, 각 연간1회한)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 검사구분 별로 연간 1회한
신특정순환계질환 주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음) 신특정순환계질환 주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원) (항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
패혈증진단비(연간1회한) 패혈증진단비(연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
외부요인폐질환진단비(연간1회한) 외부요인폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한

담보명	보장한도
주요폐질환진단비(최초1회한) 주요폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】	최초 1회한
질병통합치료비(실속형) 질병통합치료비(실속형)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 비급여(전액본인부담 포함) 암수술은 수술1회당 보장)
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음) 신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한

담보명	보장한도
주요폐질환진단비(연간1회한) 주요폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】	연간 1회한
질병통합치료비(기본형) 질병통합치료비(기본형)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)
유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
상해통합치료비Plus 상해통합치료비Plus【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)
질병통합치료비(고급형) 질병통합치료비(고급형)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술은 수술1회당 보장)
유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) 유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) 신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한

담보명	보장한도
암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) 암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
단계별 만성신부전증진단비 단계별 만성신부전증진단비【갱신계약】	세부보장별 각각 최초1회한
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비【갱신계약】	최초 1회한
단계별 만성특정폐질환진단비 단계별 만성특정폐질환진단비【갱신계약】	세부보장별 각각 최초1회한
신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음) 신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)
암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음) 암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)
암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)
비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)

담보명	보장한도
유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) 유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	연간 1회한
3대(간,폐,신장)질환 주요치료비 3대(간,폐,신장)질환 주요치료비【갱신계약】	각각에 대한 치료구분 별로 연간1회한 (단, 수술은 수술1회당 보장)
단계별 만성간질환진단비 단계별 만성간질환진단비【갱신계약】	세부보장별 각각 최초1회한
신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음) 신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)
암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음) 암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)
비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음) 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)
암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음)【갱신계약】	각 보장항목별 보장한도 적용 (해당 특별약관 참조)

자기부담금 차감

자기부담금 차감 후 지급

이 보험에는 아래 담보에 대해 일정금액 또는 일정비율의 **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
실손의료비	임신출산질환실손입원의료비 (통상분만입원일수 제외)	• 입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비) : 보장대상의료비의 20%에 해당하는 금액
		• 상급병실료 차액 : 비급여 병실료의 50%에 해당하는 금액

02 해약환급금에 관한 사항(2종/3종3형에 한함)

해약환급금
0원
(납입기간 중 해지시)

해약환급금
적음
(납입기간 이후 해지시)

주의

▶ 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.

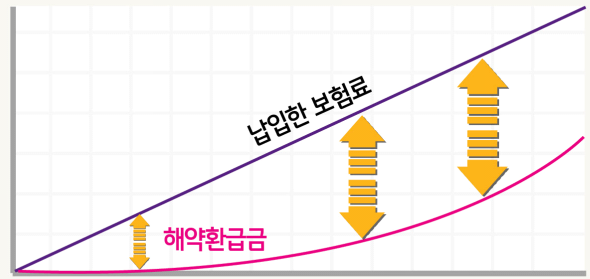
② **납입기간 중 보험계약을 해지할 경우 해약환급금이 없습니다.**

단, 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해약환급금) 제6항에서 정한 특별약관은 보험기간 중 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.

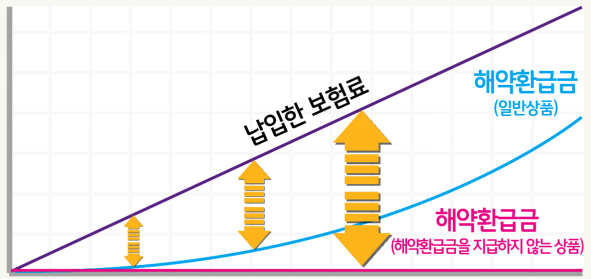
③ **납입기간 이후 보험계약을 해지할 경우 표준형 상품보다 해약환급금이 적습니다.**

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

예시❶ 일반상품

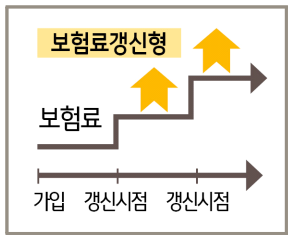


예시❷ 해약환급금이 없는 상품



※ 위 그림은 예시이며 가입하는 종에 따라 해약환급금의 형태는 다를 수 있습니다.
보통약관 제36조(해약환급금)을 반드시 확인하시기 바랍니다.

03 갱신 시 보험료 인상 가능성



주의

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

★★★ 갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 담보 : 담보명에 【갱신계약】이 포함되어 있는 담보

04 실손보상형 담보

실손형담보
(중복가입 부적절)
비례 보상

주의

▶ 이 보험에는 실제 발생한 손해를 보상(실손보상)하는 담보가 포함되어 있습니다.
① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 중복 가입하더라도 실제 발생한 손해(비용)를 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.
② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.

☑ 실손보상형 담보

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

담보명
의료사고법률비용
원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도)

05 보험료 납입면제에 관한 사항

보험료 납입기간 중에 아래 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다.

1종 및 3종(11대)	2종(12대)
① 일반상해50%이상후유장해 발생	① 일반상해50%이상후유장해 발생
② 질병50%이상후유장해 발생	② 질병50%이상후유장해 발생
③ 암보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단 확정	③ 암보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단 확정
④ 뇌혈관질환으로 진단 확정	④ 뇌혈관질환으로 진단 확정
⑤ 심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49)으로 진단 확정	⑤ 심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49)으로 진단 확정
⑥ 양성뇌종양으로 진단 확정	⑥ 양성뇌종양으로 진단 확정
⑦ 중대한재생불량성빈혈로 진단 확정	⑦ 중대한재생불량성빈혈로 진단 확정
⑧ 외상성특정뇌출혈로 진단 확정	⑧ 외상성특정뇌출혈로 진단 확정
⑨ 외상성특정장기손상으로 진단 확정	⑨ 외상성특정장기손상으로 진단 확정
⑩ 산정특례대상 희귀질환으로 진단 확정되고 산정특례 신규등록	⑩ 산정특례대상 희귀질환으로 진단 확정되고 산정특례 신규등록
⑪ 중대한 화상 및 부식으로 진단 확정	⑪ 중대한 화상 및 부식으로 진단 확정
	⑫ 각막이식수술을 받은 경우

보험료 납입면제



① 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장은 납입면제를 적용하지 않습니다.
② 보험료 납입이 면제된 이후 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 해당 보장의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.
③ 아래의 특별약관은 납입면제를 적용하지 않습니다.

☑ "1종(1형,2형)" 보험료 납입면제 제외 특별약관

담보명
신체건강(시력교정비【갱신계약, 예약】)
신체건강(시력치료비【갱신계약, 예약】)
부정교합치료비【갱신계약, 예약】
불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약】
불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약, 예약】
어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】
어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】
어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】
어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】
어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약】
어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약, 예약】
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약, 예약】
신체건강(영유아시력교정안경치료비(연간1회한)【갱신계약】)
출생위험보장
신생아보장(저체중아육아비용, 신생아입원일당)
특정선천이상진단비
모성사망
여성산과관련 자궁적출수술비
태반조기박리진단비
특정변형두상진단비
가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】

담보명
출산전선별검사이상소견진단비
임신출산질환수술비
임신출산질환입원일당
유산수술비
유산입원일당
임신중독증(자간포함)진단비
특정심신중당뇨병진단비
부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형)
부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형)
부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
부양자사망자녀교육지원금Ⅰ(질병사망)
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)
부양자사망자녀교육지원금Ⅱ(상해사망)
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅱ(상해80%이상후유장해)
양수과다증진단비
양수과소증진단비
다운증후군출산보장
양수색전증진단비
임신출산질환실손입원의료비(통상분만입원일수 제외)
신체성장(소아성장호르몬결핍증치료비(급여,연간1회한)【갱신계약, 예약】)
가족일상생활중배상책임Ⅳ(누수사고 제외)【갱신계약】

☑ "2종" 보험료 납입면제 제외 특별약관

담보명	담보명
신체건강(시력교정비【갱신계약, 예약】)	여성산과관련 자궁적출수술비
신체건강(시력치료비【갱신계약, 예약】)	태반조기박리진단비
부정교합치료비【갱신계약, 예약】	임신출산질환수술비
불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약】	임신출산질환입원일당
불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약, 예약】	유산수술비
어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】	유산입원일당
어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】	임신중독증(자간포함)진단비
어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】	특정임신중당뇨병진단비
어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】	양수과다증진단비
어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약】	양수과소증진단비
어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약, 예약】	다운증후군출산보장
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】	양수색전증진단비
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약, 예약】	임신출산질환실손입원의료비(통상분만입원일수 제외)
신체건강(영유아시력교정안경치료비(연간1회한)【갱신계약】)	부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형)
출생위험보장	부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형)
신생아보장(저체중아육아비용, 신생아입원일당)	신체성장(소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약, 예약】)
특정선천이상진단비	특정변형두상진단비
모성사망	출산전선별검사이상소견진단비
가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】	가족일상생활중배상책임Ⅳ(누수사고 제외)【갱신계약】

☑ "3종(1형,2형,3형)" 보험료 납입면제 제외 특별약관

담보명
어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】
어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】
가족일상생활중배상책임IV【갱신계약】

담보명
어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약】
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】
가족일상생활중배상책임IV(누수사고 제외)【갱신계약】

06 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

☑ 보장성보험

보장성보험 (상해, 질병 등)

주의

① 이 보험은 상해, 질병 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.

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

☑ 금리연동형 보험(1종/3종(1형,2형)에 한함)

금리연동형 (적용금리 변동)
최저이율보장 전기간 : 0.2%

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

☑ 예금자보호제도에 관한 사항

예금자보호
예금보험공사 보호금융상품 1인당 최고 1억원

주의

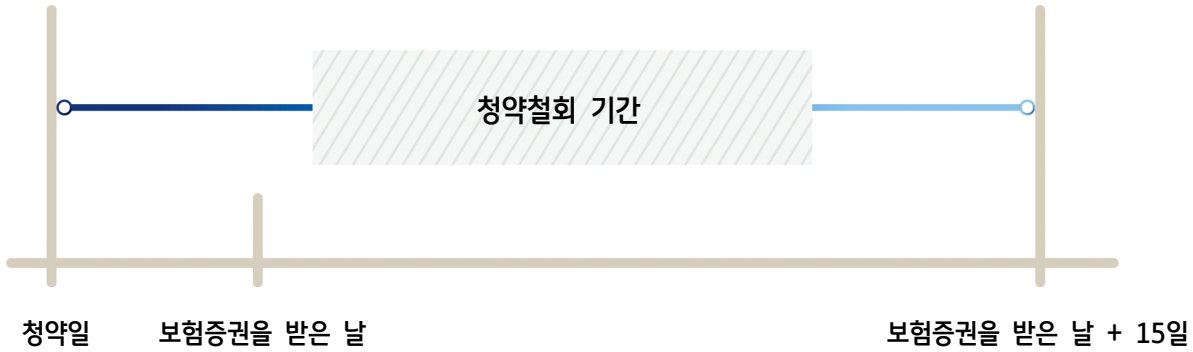
이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호 상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

III. 보험계약의 일반사항

01 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관 제21조

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



주의

☑ 청약철회가 불가한 경우

청약일로부터 30일(만65세 이상의 보험계약자가 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우

02 보험계약을 취소할 수 있는 권리

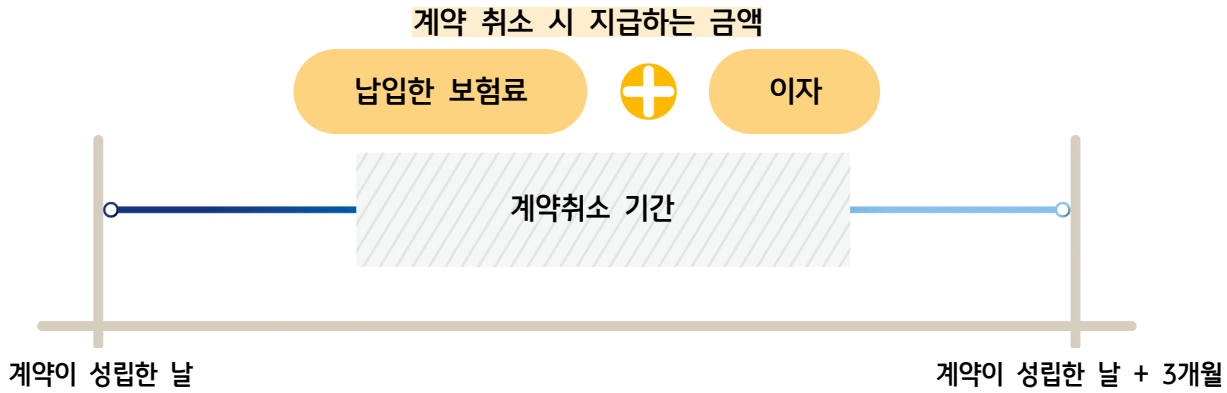
보통약관 제22조

▶ 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 제23조

▶ 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 제16조, 제18조

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



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 제17조, 제18조

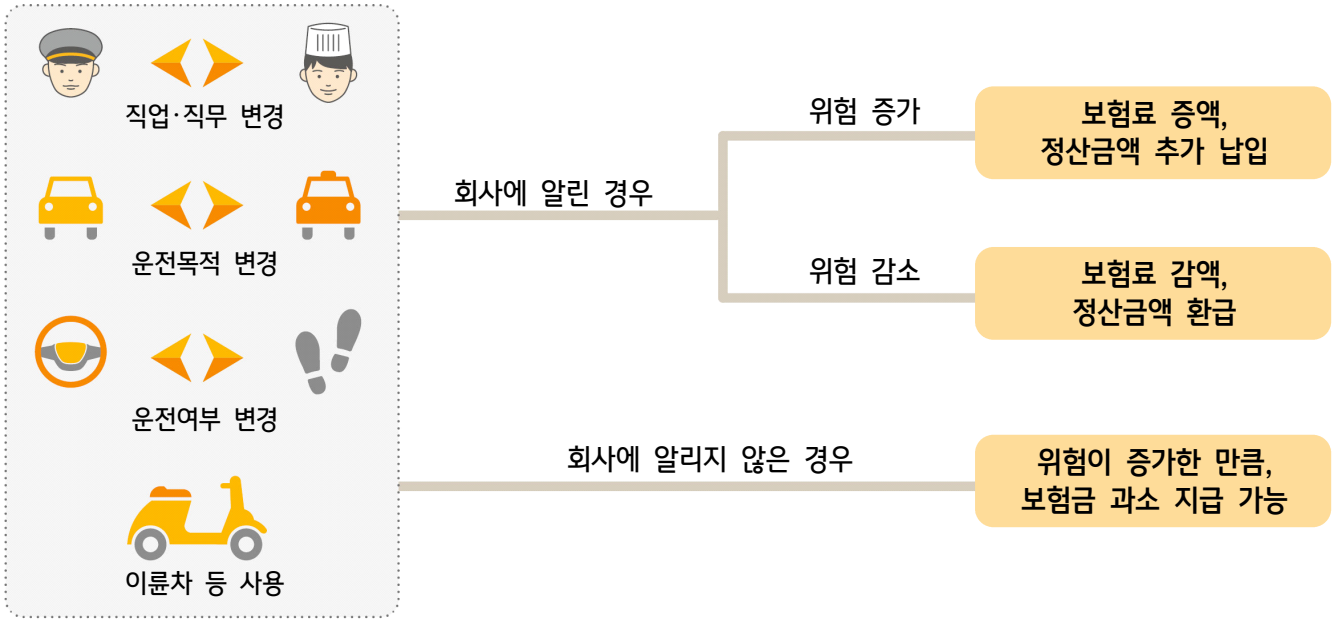
▶ 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생**한 경우 **지체 없이** 보험회사에 알려야하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

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.



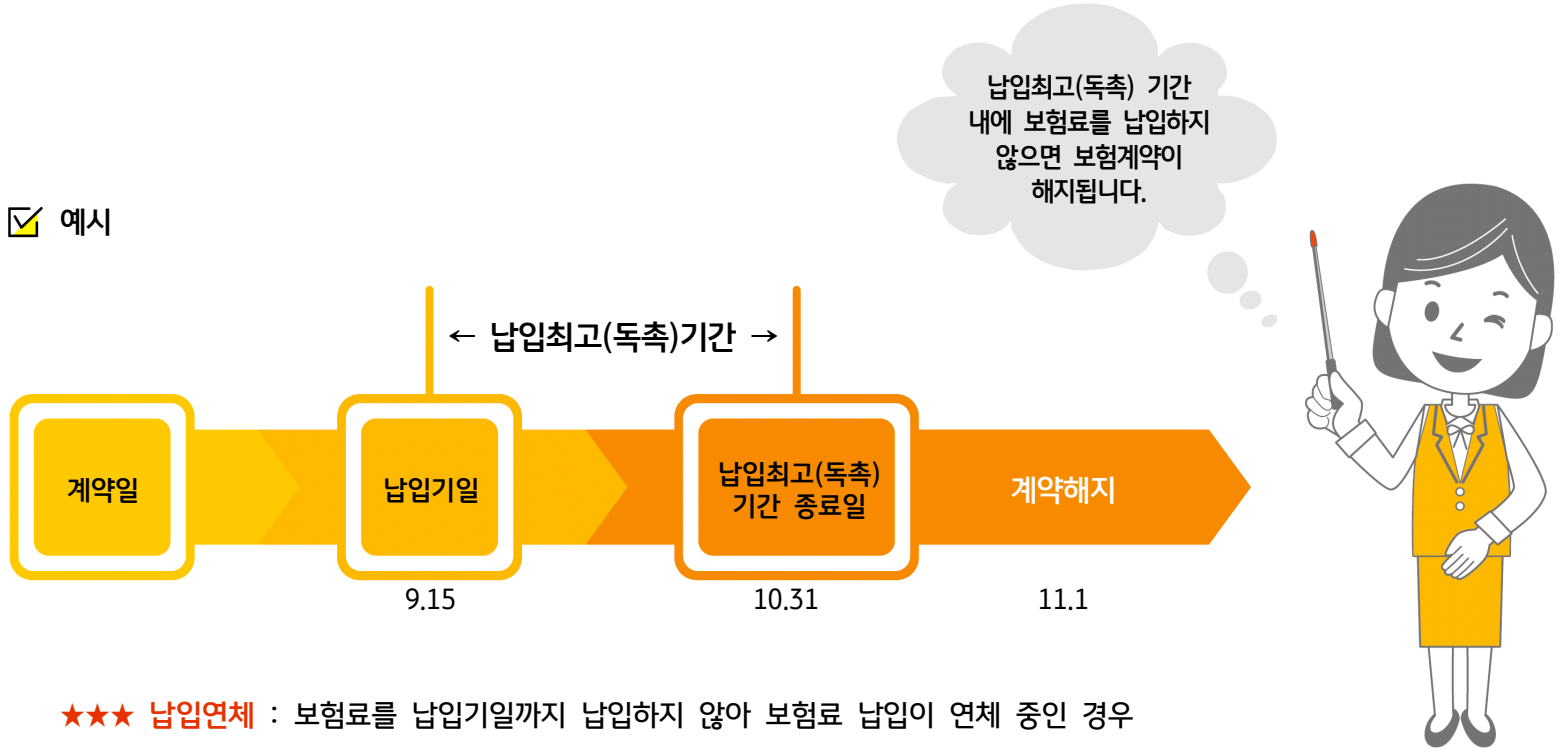
06 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보통약관 제30조

▶ 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내**에 **보험료**를 **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)

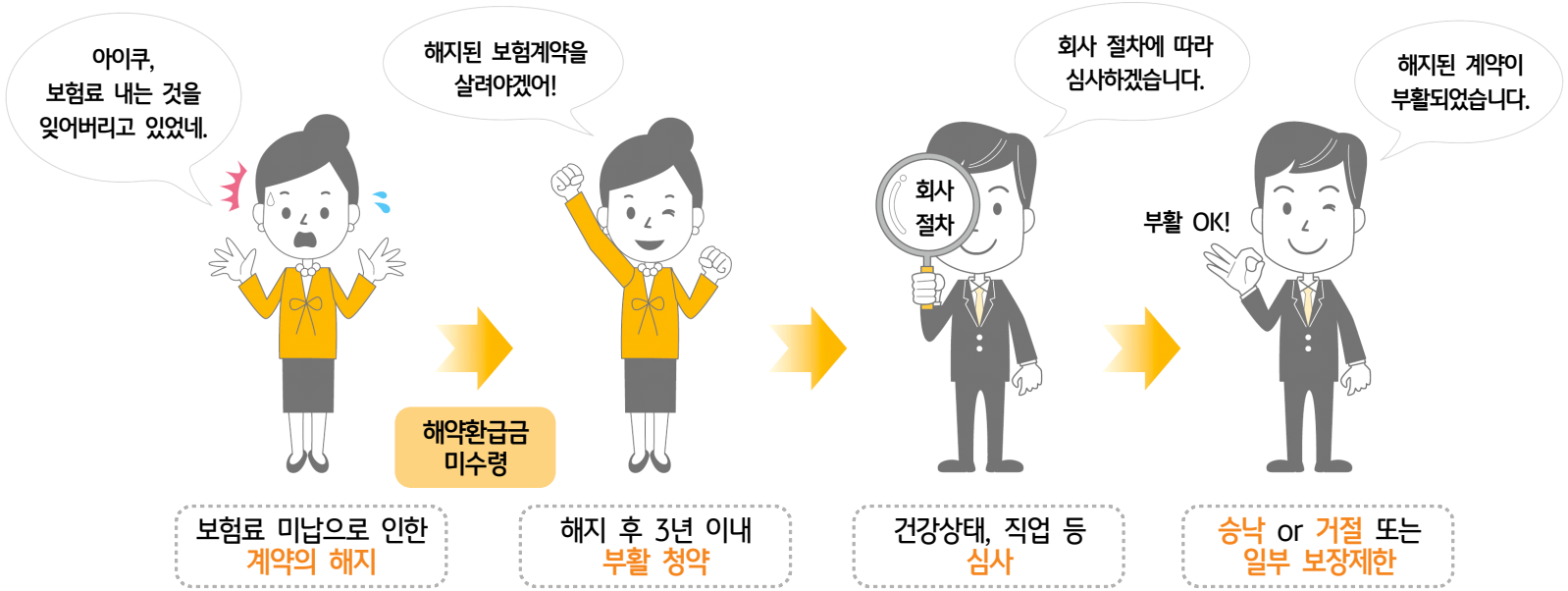
보통약관 제31조

▶ 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 제37조

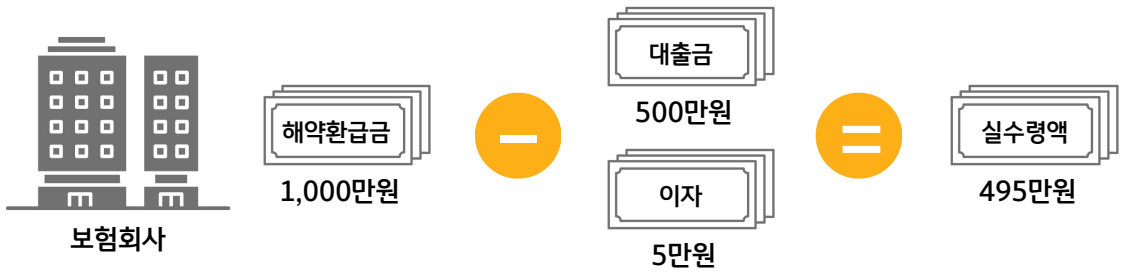
▶ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있으며, 보험계약대출금과 이자는 언제든지 상환할 수 있습니다.

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

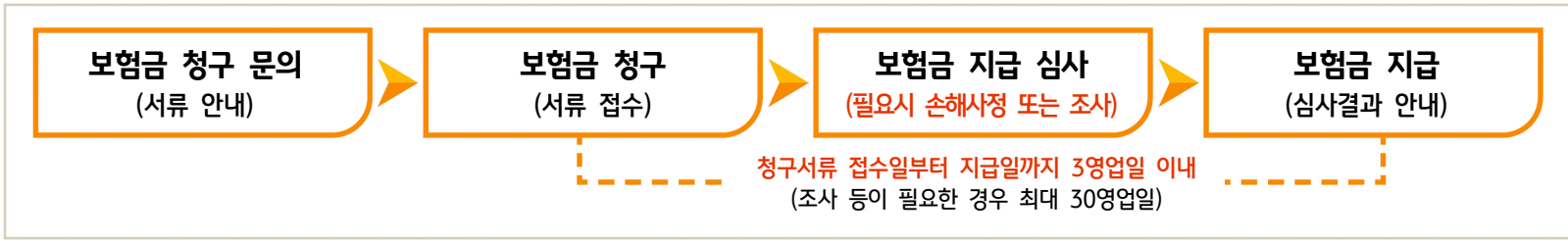
환급금 내역서				
해약환급금	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



09 보험금 청구절차 및 서류

보통약관 제9조, 제10조

▶ 보험금은 청구서류 접수일부터 3영업일 이내에 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 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 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.


KB손해보험

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		2. 고객 안내사항	3. 보험약관
· 보험용어해설	·자주 발생하는 민원	· 개인신용정보 제공이용에 대한 고객권리 안내	· 보통약관
· 주요내용 요약서	·보험금 지급절차 안내		· 특별약관
· 가입자 유의사항	·보험금 청구서류 안내	· 고객정보 취급방침	· 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 지급 사유가 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 변경 내용을 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.

가입자 유의사항

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 납입해야 합니다.
- 갱신형보장의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 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%

- 회사는 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후) 상품의 계약을 체결할 때 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교 · 안내하여 드립니다.
  단, 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해약환급금) 제6항에서 정한 특별약관은 보험기간 중 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.
- 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, 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해약환급금) 제6항에서 정한 특별약관은 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.

■ 실손의료보험의 보상내용

- **임신출산질환실손입원의료비(통상분만입원일수 제외) 특별약관**

회사가 판매하는 임신출산질환실손입원의료비(통상분만입원일수 제외) 특별약관은 다음과 같이 입원(입원실료,입원제비용,입원수술비), 상급병실료 차액보장으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
입원실료, 입원제비용 입원수술비	피보험자가 임신출산질환으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
상급병실료 차액보장	피보험자가 임신출산질환으로 인하여 상급병실에 입원 하여 치료를 받은 경우 상급병실료 차액의 50%를 보상

■ 실손의료보험의 비례보상

실손의료보험은 실제 의료비를 보상하는 상품으로서 2개 이상의 보험에 가입하더라도 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 비례보상되므로 유사한 보험가입 여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.(여러 개의 보험에 중복가입하는 경우 불필요하게 보험료를 추가로 납입하는 결과를 초래합니다.)

■ 실손의료보험의 자기부담금 공제

실손의료보험은 건강보험의 본인부담금 및 비급여 의료비를 보상하는 상품으로, 보상대상 의료비에 대해 일정율 또는 일정금액의 자기부담금을 제외하고 보험금을 지급합니다.

기타 유의할 사항

■ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 계약에 독립특별약관이 부가된 경우에는 보통약관의 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 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.

■ 실손의료비 한방 비급여 면책 관련

- 사례 : 홍길동 계약자는 치료목적으로 한의원에서 치료를 받고 실손의료비 특별약관 보험금을 청구하였으나, 비급여부분이 보상되지 않는 것에 대한 불만 제기

- 해설 : 실손의료비 특별약관의 "보상하지 않는 사항"에 따라 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.

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

구분		구비서류	발급처
공통서류		· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 청구인의 신분증 사본(미성년자 생략)	
		※(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 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 3. 개인[신용]정보처리동의서	동 주민센터
의료비 및 입원일당	자동차 보험 처리	· 교통사고 처리확인서 (자사 자동차보험 처리시 생략가능)	해당 보험사
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 · 진료병원
사망		· 교통사고 사실확인서 · 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함) * 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부	경찰서 · 진료병원 · 동 주민센터
		※(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 주민 센터
사고 증빙 서류	산재사고	· 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서 * 추가서류 - 직업급수/사고내용 확인시: 산재요양신청서 - 입원일당/의료비 청구시: 입퇴원확인서, 보험급여원부	근로 복지 공단

구분		구비서류	발급처
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
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) (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

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)(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)	

구분		구비서류	발급처
진단금	암(상피내암 등)	· 암(상피내암 등)확진 진단서 · 조직검사결과지 · 암수술급여금: 수술확인서	진료병원
	2대 질병 치료비(뇌/심장)	· 진단서 · 정밀검사결과지(특정질병에 따라 다르므로 담당자와 상의)(예: CT, MRI, 심전도 등)	진료병원
	특정 질병 수술비	· 진단서 · 수술확인서	진료병원
	기타 진단금	· 진단서(약관내용에 따라 추가서류 필요)	진료병원
	※ 진단서는 반드시 한국표준질병분류번호가 기재된 진단서를 제출해 주십시오.		
사망		· 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함): 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부	경찰서 · 진료병원 · 동 주민센터
		※(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	

구분		구비서류	발급처
태아보험	신생아입원비/저체중아 육아비용	· 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]	
	유산/사산	· 진단서(유산), 사산증명서(사산)	

■ 치아보험

구분	구비서류	발급처
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자/청구인의 신분증 사본(미성년자 생략가능)	동 주민 센터
	※(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	진료 병원

■ 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

구분	구비서류
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)

구분	구비서류
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

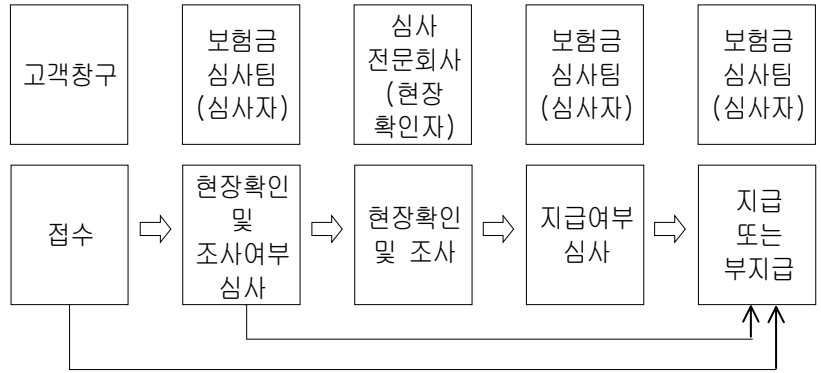
구분	구비서류
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자의 신분증 사본, 주민등록등본(중복보험 확인용도) 및 등재인 각각의 개인[신용]정보처리동의서 · 보험금청구권자가 타인에게 위임할 경우: 1. 위임장 2. 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 3. 개인[신용]정보처리동의서 · 피해자(또는 피해물 소유자) 신분증 사본 및 개인[신용]정보처리동의서 · 사고경위서-6하원칙에 따라 상세히 작성

구분		구비서류
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)
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

구분		구비서류
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(시

스템, 소프트웨어 개발 및 공급업), KB신용정보(신용조사 및 추심 대행업)입니다.

Ⅲ. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

KB금융그룹에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리·감독하에 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 공격 침입 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.

K B 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		

KB 금쪽같은 자녀보험Plus(무배당)(26.07)

보통약관

보통약관

제 1 절 일반조항

제 1 관 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 태아기간 적립환급금 및 만기환급금 지급시기에 태아기간 적립환급금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권		계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약		계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	상해질병 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) 해당여부를 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.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절 보통약관의 보장을 따릅니다.

제4조(보장보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 아래의 구분별 의무부가 관련 특별약관의 보험금 지급사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

구분		의무부가 관련 특별약관
1종	1형(자녀 납입면제 환급형)	자녀보험료납입면제대상 보장(11대)
	2형(자녀 납입면제 기본형)	
2종	자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)	자녀보험료납입면제대상 보장(12대)
3종	1형(계약전환용 자녀 납입면제 환급형)	자녀보험료납입면제대상 보장(11대)
	2형(계약전환용 자녀 납입면제 기본형)	
	3형(계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후))	

2 제1항에도 불구하고 1종 및 2종의 예약가입된 특별약관은 제1항의 보험금 지급사유가 각 특별약관의 보장개시일 이후 각 특별약관의 보험료 납입기간 중에 발생한 경우에 한하여 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

부 가 설 명	1종 및 2종의 예약가입된 특별약관
1종 및 2종의 예약가입된 특별약관은 아래와 같습니다.	
질병으로인한 3대시각질환수술비【예약】	
질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)【예약】	
약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비【예약】	
암진단비(유사암 제외)(감액없음)【예약】	
유사암진단비(감액없음)【예약】	
뇌졸중진단비(감액없음)【예약】	
급성심근경색증진단비(감액없음)【예약】	
갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)【예약】	
소아·청소년 특정성인병진단비【예약】	
신체성장(성조숙증진단비【예약】)	
마음성장(ADHD(활동성 및 주의력 장애)진단비【예약】)	
신체건강(2대안과특정질환진단비(최초1회한)(감액없음))	
교통상해80%이상후유장해(비운전자)	
교통상해후유장해(3~79%)(비운전자)	
대중교통이용중교통상해80%이상후유장해	
대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)	
스포츠활동중상해80%이상후유장해	
스포츠활동중상해후유장해(3~79%)	
팔및손가락후유장해	
자전거탑승중상해80%이상후유장해	
중대한특정상해수술비	
중대한가와사키·류마티스열진단비	
중증세균성수막염진단비	
폭력피해보장	
척추측만증수술비	
모야모야병개두수술비	
스쿨존내어린이교통사고보장	
자전거탑승중상해후유장해(3~79%)	
심한상해수술비	
외상성특정뇌출혈진단비	
외상성특정장기손상진단비	
십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음)	
만성당뇨합병증진단비(감액없음)	
원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도)	

부 가 설 명	1종 및 2종의 예약가입된 특별약관
상해흉터복원수술비	
상해흉터복원수술비II(안면부)	
탈구염좌및과긴장입원일당(4일이상)	
화상진단비	
화상진단비【갱신계약】	
화상수술비Q	
의료사고법률비용	
누적외상성질환(VDT증후군)입원일당(1일이상)	
추간판장애 및 관절증(엉덩,무릎)(이차성 및 상세불명 제외)수술비	
충수염(맹장염)수술비	
충수염(맹장염)수술비【갱신계약】	
당뇨병수술비	
결핵진단비	
중대한재생불량성빈혈진단비	
말기신부전증진단비	
후각특정질환수술비	
상해사고부상보장 I	
중대한화상및부식진단비	
시청각질환수술비	
조혈모세포이식수술비	
5대장기이식수술비	
각막이식수술비	
각막이식수술비【갱신계약】	
유괴납치피해보장	
중증아토피진단비	
외모특정상해(머리,목)수술비	
갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)	
골절수술비(1~5급, 연간1회한)Q	
골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한)	
암요양병원입원일당(1일이상60일한도)	
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)	
일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(감액없음)	
내향성손발톱치료비(소독,도포및붕대치료제외)(연간1회한)(감액없음)	
12대소화계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)	
2대중추신경계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)	

부 가 설 명	1종 및 2종의 예약가입된 특별약관
재진단암진단비	
재진단암진단비【갱신계약】	
신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)	
신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)【갱신계약】	
신재진단암진단비Ⅲ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)	
신재진단암진단비Ⅲ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)【갱신계약】	
5대기관질병수술비(최초1회한)(감액없음)	
상해1~5종수술비(매회지급)	
상해1~5종수술비(매회지급)【갱신계약】	
116대질병수술비Ⅰ(감액없음), 116대질병수술비Ⅰ(감액없음)【갱신계약】	
116대질병수술비Ⅱ(감액없음), 116대질병수술비Ⅱ(감액없음)【갱신계약】	
116대질병수술비Ⅲ(감액없음), 116대질병수술비Ⅲ(감액없음)【갱신계약】	
116대질병수술비Ⅳ(감액없음), 116대질병수술비Ⅳ(감액없음)【갱신계약】	
116대질병수술비Ⅴ(감액없음), 116대질병수술비Ⅴ(감액없음)【갱신계약】	
116대질병수술비Ⅵ(감액없음), 116대질병수술비Ⅵ(감액없음)【갱신계약】	
갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)	
전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)【예약】	
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)	
암특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)	
6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)	
신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약】	
말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형)【예약】	
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
중등도이상아토피진단비	
아토피진단비	
마음성장(중증틱장애진단비【예약】)	
천식지속상태(급성중증천식)진단비	
마음건강(성장기특정정신질환진단비(연간1회한))	
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)【갱신계약】	
아나필락시스진단비(응급의료, 연간1회한)	
아나필락시스진단비(연간1회한)	
신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)	
자녀보험료납입면제대상보장(12대)	
신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)	
마음성장(성장기언어및행동발달특정장애진단비【예약】)	

부 가 설 명	1종 및 2종의 예약가입된 특별약관
마음건강(심한정신장애진단비)	
신체건강(스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)수술비)	
척추측만증진단비(Cobb's 각도 20도이상)	
마음건강(성장기자폐증진단비)	
사시수술비	
자녀보험료납입면제대상보장(11대)	
마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)【예약】)	
마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)【예약】)	
마음건강(정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방)【예약】)	
중증갑상선암진단비(감액없음)	
중증갑상선암진단비(감액없음)【예약】	
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(감액없음)【예약】	
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(감액없음)【예약】	
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)	
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)	
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음)	
신체성장(베일리영유아발달검사지원비(급여, 연간1회한))	
신체성장(성조숙증Ⅱ약제치료비(급여, 연간1회한)【예약】)	
질병악안면수술비(급여, 연간1회한)【예약】	
마음성장(신경성식욕부진·폭식증진단비【예약】)	
다빈치로봇 암수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
보험료납입지원(유사암진단)	
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	
신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약, 예약】	
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	
신체건강(안구특정상해진단비(최초1회한)(감액없음))	
중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)	
중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】	
중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)	
중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)	
결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	

부 가 설 명	1종 및 2종의 예약가입된 특별약관
중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한) (감액없음)	
중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한) (감액없음)【갱신계약】	
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)	
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)	
중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)	
중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
전이암진단비(감액없음)	
전이암진단비(감액없음)【갱신계약】	
특정암Ⅱ진단비(감액없음)	
특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】	
통합 뇌질병진단비(감액없음)	
특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약, 예약】	
뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)	
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)	
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)	
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)	
질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간15회한)	
질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간30회한)	
질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간60회한)	
간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)	
간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】	
간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)	
간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)【갱신계약】	
통합암진단비Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)(감액없음)	
통합전이암진단비(감액없음)	
전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	
전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	
전이암Ⅱ수술비	

부 가 설 명	1종 및 2종의 예약가입된 특별약관
전이암Ⅱ수술비【갱신계약】	
전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)	
전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)【갱신계약】	
전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도)	
전이암Ⅱ항암방사선치료비	
전이암Ⅱ항암방사선치료비【갱신계약】	
전이암Ⅱ항암약물치료비	
전이암Ⅱ항암약물치료비【갱신계약】	
전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)	
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	
간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)	
간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】	
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】	
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】	
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】	
상해수술비(종합병원)	
상해수술비(상급종합병원)	
상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급)	
특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음)	
상해수술비(종합병원)【갱신계약】	
상해수술비(상급종합병원)【갱신계약】	
독감(인플루엔자)응급실내원비(응급)(10일면책)	
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)	
심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)	
자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)【예약】	
기타피부암,갑상선암 치료비지원	
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)	
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	
폐렴진단비(최초1회한), 폐렴진단비(최초1회한)【갱신계약】	
폐렴진단비(연간1회한), 폐렴진단비(연간1회한)【갱신계약】	
패혈증진단비(최초1회한), 패혈증진단비(최초1회한)【갱신계약】	
패혈증진단비(연간1회한), 패혈증진단비(연간1회한)【갱신계약】	

부 가 설 명	1종 및 2종의 예약가입된 특별약관

주요폐질환진단비(최초1회한), 주요폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】
주요폐질환진단비(연간1회한), 주요폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】
외부요인폐질환진단비(최초1회한), 외부요인폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】
외부요인폐질환진단비(연간1회한), 외부요인폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】
전이암II 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)
전이암II 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】
상해통합치료비Plus, 상해통합치료비Plus【갱신계약】
질병통합치료비(실속형), 질병통합치료비(실속형)【갱신계약】
질병통합치료비(기본형), 질병통합치료비(기본형)【갱신계약】
질병통합치료비(고급형), 질병통합치료비(고급형)【갱신계약】
3대(간,폐,신장)질환 주요치료비
3대(간,폐,신장)질환 주요치료비【갱신계약】
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비【갱신계약】
단계별 만성특정폐질환진단비
단계별 만성특정폐질환진단비【갱신계약】
단계별 만성신부전증진단비
단계별 만성신부전증진단비【갱신계약】

3 제1항에도 불구하고 차회 이후의 아래 특별약관에 해당하는 보장보험료는 보장보험료 납입면제에서 제외되며, 차회 이후의 적립보험료 납입은 중지됩니다.

보험료 납입면제 제외 특별약관

신체건강(시력교정비【갱신계약, 예약】)
신체건강(시력치료비【갱신계약, 예약】)
부정교합치료비【갱신계약, 예약】
불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약】
불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약, 예약】
신체건강(영유아시력교정안경치료비(연간1회한)【갱신계약】)
출생위험보장
신생아보장(저체중아육아비용, 신생아입원일당)
특정선천이상진단비
모성사망
어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】
어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】
어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】
어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】

보험료 납입면제 제외 특별약관

어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약】
어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약, 예약】
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약, 예약】
여성산과관련 자궁적출수술비
태반조기박리진단비
임신출산질환수술비
임신출산질환입원일당
유산수술비
유산입원일당
임신중독증(자간포함)진단비
특정임신중당뇨병진단비
양수과다증진단비
양수과소증진단비
양수색전증진단비
다운증후군출산보장
임신출산질환실손입원의료비(통상분만입원일수 제외)
부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형)
부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형)
부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
부양자사망자녀교육지원금Ⅰ(질병사망)
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)
부양자사망자녀교육지원금Ⅱ(상해사망)
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅱ(상해80%이상후유장해)
신체성장(소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약, 예약】)
특정변형두상진단비
출산전선별검사이상소견진단비
가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】
가족일상생활중배상책임Ⅳ(누수사고 제외)【갱신계약】

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

5 제1항에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

유 의 사 항	

※ 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 그 사실을 회사에 알리고 보험료 납입면제를 요청하여야 합니다.
※ 회사는 납입면제 사유를 조사·확인하기 위해 필요하다고 인정되는 경우에는 검사결과, 진료기록부 등 증빙서류를 요청할 수 있습니다.
※ 회사는 계약이 해지된 이후 피보험자가 보험료 납입면제 사유에 해당하게 된 경우 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유)

1종 【1형(자녀 납입면제 환급형)】
3종 【1형(계약전환용 자녀 납입면제 환급형)】

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 자녀보험료납입면제대상보장(11대) 특별약관의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보장보험료 환급형 보험금으로 지급하여 드립니다.

구 분	지 급 금 액	
보장보험료 환급형 보험금	납입기간 이내	이 보장의 영업보험료주) × 납입경과월수
	납입기간 이후	-

주) 사고 당시 이 보장의 영업보험료를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 1종【1형(자녀 납입면제 환급형)】의 예약가입된 특별약관은 제1항의 보험금 지급사유가 각 특별약관의 보장개시일 이후 각 특별약관의 보험료 납입기간 중에 발생한 경우에 한하여 제1항의 보장보험료 환급형 보험금을 지급하여 드립니다.

부 가 설 명	1종 1형의 예약가입된 특별약관

1종 1형의 예약가입된 특별약관은 아래와 같습니다.
질병으로인한 3대시각질환수술비【예약】
질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)【예약】
약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비【예약】
소아청소년 특정성인병진단비【예약】
신체성장(성조숙증진단비【예약】)
마음성장(ADHD(활동성 및 주의력 장애)진단비【예약】)
신체건강(2대안과특정질환진단비(최초1회한)(감액없음))
교통상해80%이상후유장해(비운전자)
교통상해후유장해(3~79%)(비운전자)
대중교통이용중교통상해80%이상후유장해
대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)
스포츠활동중상해80%이상후유장해
스포츠활동중상해후유장해(3~79%)
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약, 예약】
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
팔및손가락후유장해
자전거탑승중상해80%이상후유장해

부 가 설 명	1종 1형의 예약가입된 특별약관
중대한특정상해수술비	
중대한가와사키·류마티스열진단비	
중증세균성수막염진단비	
폭력피해보장	
척추측만증수술비	
모야모야병개두수술비	
스쿨존내어린이교통사고보장	
자전거탑승중상해후유장해(3~79%)	
심한상해수술비	
외상성특정뇌출혈진단비	
외상성특정장기손상진단비	
만성당뇨합병증진단비(감액없음)	
십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음)	
상해흉터복원수술비	
상해흉터복원수술비II(안면부)	
탈구염좌및과긴장입원일당(4일이상)	
화상진단비	
화상진단비【갱신계약】	
화상수술비Q	
의료사고법률비용	
누적외상성질환(VDT증후군)입원일당(1일이상)	
추간판장애 및 관절증(엉덩,무릎)(이차성 및 상세불명 제외)수술비	
충수염(맹장염)수술비, 충수염(맹장염)수술비【갱신계약】	
당뇨병수술비	
결핵진단비	
중대한재생불량성빈혈진단비	
말기신부전증진단비	
후각특정질환수술비	
상해사고부상보장 I	
중대한화상및부식진단비	
시청각질환수술비	
조혈모세포이식수술비	
5대장기이식수술비	
각막이식수술비	
각막이식수술비【갱신계약】	
유괴납치피해보장	

부 가 설 명	1종 1형의 예약가입된 특별약관
중증아토피진단비	
외모특정상해(머리,목)수술비	
갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)	
골절수술비(1~5급, 연간1회한)Q	
골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한)	
암요양병원입원일당(1일이상60일한도) 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)	
일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(감액없음)	
내향성손발톱치료비(소독,도포및붕대치료제외)(연간1회한)(감액없음)	
12대소화계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)	
2대중추신경계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)	
재진단암진단비	
재진단암진단비【갱신계약】	
신재진단암진단비II(기타피부암, 갑상선암 포함)	
신재진단암진단비II(기타피부암, 갑상선암 포함)【갱신계약】	
신재진단암진단비III(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)	
신재진단암진단비III(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)【갱신계약】	
5대기관질병수술비(최초1회한)(감액없음)	
상해1~5종수술비(매회지급)	
상해1~5종수술비(매회지급)【갱신계약】	
116대질병수술비 I (감액없음), 116대질병수술비 I (감액없음)【갱신계약】	
116대질병수술비II(감액없음), 116대질병수술비II(감액없음)【갱신계약】	
116대질병수술비III(감액없음), 116대질병수술비III(감액없음)【갱신계약】	
116대질병수술비IV(감액없음), 116대질병수술비IV(감액없음)【갱신계약】	
116대질병수술비V(감액없음), 116대질병수술비V(감액없음)【갱신계약】	
116대질병수술비VI(감액없음), 116대질병수술비VI(감액없음)【갱신계약】	
갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)	
전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)【예약】	
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)	
암특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)	
6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)	
말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형)【예약】	
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
중등도이상아토피진단비	
아토피진단비	
마음성장(중증틱장애진단비【예약】)	
천식지속상태(급성중증천식)진단비	

부 가 설 명	1종 1형의 예약가입된 특별약관
마음건강(성장기특정정신질환진단비(연간1회한))	
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)【갱신계약】	
아나필락시스진단비(응급의료, 연간1회한)	
아나필락시스진단비(연간1회한)	
신체건강(안구특정상해진단비(최초1회한)(감액없음))	
신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)	
신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)	
마음성장(성장기언어및행동발달특정장애진단비【예약】)	
마음건강(심한정신장애진단비)	
신체건강(스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)수술비)	
척추측만증진단비(Cobb's 각도 20도이상)	
마음건강(성장기자폐증진단비)	
사시수술비	
자녀보험료납입면제대상보장(11대)	
마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)【예약】)	
마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)【예약】)	
마음건강(정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방)【예약】)	
중증갑상선암진단비(감액없음)	
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(감액없음)【예약】	
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(감액없음)【예약】	
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)	
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)	
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음)	
신체성장(베일리영유아발달검사지원비(급여, 연간1회한))	
신체성장(성조숙증Ⅱ약제치료비(급여, 연간1회한)【예약】)	
질병악안면수술비(급여, 연간1회한)【예약】	
마음성장(신경성식욕부진·폭식증진단비【예약】)	
다빈치로봇 암수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
보험료납입지원(유사암진단)	
중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)	
중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】	
중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)	
중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)	
결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한) (감액없음)	

부 가 설 명	1종 1형의 예약가입된 특별약관
중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한) (감액없음)【갱신계약】	
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)	
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)	
중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)	
중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
전이암진단비(감액없음)	
전이암진단비(감액없음)【갱신계약】	
특정암Ⅱ진단비(감액없음)	
특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】	
특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약, 예약】	
통합 뇌질병진단비(감액없음)	
뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)	
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)	
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)	
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)	
질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간15회한)	
질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간30회한)	
질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간60회한)	
간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)	
간병인사용 상해입원일당Ⅱ(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】	
간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)	
간병인사용 질병입원일당Ⅱ(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)【갱신계약】	
통합암진단비Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)(감액없음)	
통합전이암진단비(감액없음)	
전이암Ⅱ수술비, 전이암Ⅱ수술비【갱신계약】	
전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)	
전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외,1일이상180일한도)【갱신계약】	
전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도)	
전이암Ⅱ항암방사선치료비	

부 가 설 명	1종 1형의 예약가입된 특별약관
전이암II항암방사선치료비【갱신계약】	
전이암II항암약물치료비	
전이암II항암약물치료비【갱신계약】	
전이암II표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
전이암II비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】	
전이암II표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	
전이암II비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】	
간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)	
간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】	
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】	
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】	
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】	
상해수술비(종합병원)	
상해수술비(상급종합병원)	
상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급)	
특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음)	
상해수술비(종합병원)【갱신계약】	
상해수술비(상급종합병원)【갱신계약】	
독감(인플루엔자)응급실내원비(응급)(10일면책)	
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)	
심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)	
자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)【예약】	
기타피부암,갑상선암 치료비지원	
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)	
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】	
원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도)	
전이암II 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)	
전이암II 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】	
폐렴진단비(최초1회한), 폐렴진단비(최초1회한)【갱신계약】	
폐렴진단비(연간1회한), 폐렴진단비(연간1회한)【갱신계약】	
패혈증진단비(최초1회한), 패혈증진단비(최초1회한)【갱신계약】	
패혈증진단비(연간1회한), 패혈증진단비(연간1회한)【갱신계약】	
주요폐질환진단비(최초1회한), 주요폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】	
주요폐질환진단비(연간1회한), 주요폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】	

부 가 설 명	1종 1형의 예약가입된 특별약관
외부요인폐질환진단비(최초1회한), 외부요인폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】	
외부요인폐질환진단비(연간1회한), 외부요인폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】	
전이암II 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)	
전이암II 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】	
상해통합치료비Plus, 상해통합치료비Plus【갱신계약】	
질병통합치료비(실속형), 질병통합치료비(실속형)【갱신계약】	
질병통합치료비(고급형), 질병통합치료비(고급형)【갱신계약】	
질병통합치료비(고급형), 질병통합치료비(고급형)【갱신계약】	
3대(간,폐,신장)질환 주요치료비	
3대(간,폐,신장)질환 주요치료비【갱신계약】	
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비	
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비【갱신계약】	
단계별 만성특정폐질환진단비	
단계별 만성특정폐질환진단비【갱신계약】	
단계별 만성신부전증진단비	
단계별 만성신부전증진단비【갱신계약】	

3 제1항에도 불구하고 아래 특별약관은 제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유)에서 제외됩니다.

보장보험료 환급형 보험금 지급 제외 특별약관

【갱신계약】에 해당하는 특별약관
출생위험보장
신생아보장(저체중아육아비용, 신생아입원일당)
특정선천이상진단비
모성사망
여성산과관련 자궁적출수술비
태반조기박리진단비
임신출산질환수술비
임신출산질환입원일당
유산수술비
유산입원일당
임신중독증(자간포함)진단비
특정임신중당뇨병진단비
양수과다증진단비
양수과소증진단비
양수색전증진단비
다운증후군출산보장
임신출산질환실손입원의료비(통상분만입원일수 제외)
부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형)
부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형)
부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
부양자사망자녀교육지원금Ⅰ(질병사망)
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)
부양자사망자녀교육지원금Ⅱ(상해사망)
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅱ(상해80%이상후유장해)
특정변형두상진단비
출산전선별검사이상소견진단비
보험료납입지원(유사암진단)

4 제1항의 "납입경과월수"라 함은 계약 체결시 또는 갱신시부터 보장보험료 환급형 보험금 지급사유 발생일까지의 매월 계약해당일의 경과횟수를 말합니다. 단, 납입경과월수는 이 보장의 총 보험료 납입횟수를 한도로 합니다.

1종 【2형(자녀 납입면제 기본형)】
2종 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】
3종 【2형(계약전환용 자녀 납입면제 기본형), 3형(계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후))】

이 계약은 제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유)를 적용하지 않습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절 보통약관의 보장을 따릅니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금 및 제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유) 제1항의 보장보험료 환급형 보험금을 지급하지 않으며, 제4조(보장보험료 납입면제) 제1항의 보장보험료 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 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금 및 제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유) 제1항의 보장보험료 환급형 보험금을 지급하지 않으며, 제4조(보장보

험료 납입면제) 제1항의 보장보험료 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 따른 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

제8조(보험금 지급사유의 통지)

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

제9조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 그 외 질병진단에 필요한 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.

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(보험금의 지급절차)

1 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급합니다.

2 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(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 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 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 대상기관은 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 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 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.

제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)

1종 【1형(자녀 납입면제 환급형), 2형(자녀 납입면제 기본형)】
3종 【1형(계약전환용 자녀 납입면제 환급형), 2형(계약전환용 자녀 납입면제 기본형)】

1 회사는 각 적립기간이 끝난 때에 태아보장기간동안 적립한 태아기간 적립환급금 및 출생이후 적립기간동안 적립한 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 적립기간은 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 태아 적립보험료의 적립기간과 출생이후 적립보험료의 적립기간으로 각각 구성되며, 태아 적립보험료의 적립기간은 태아보장기간(이하 "태아 적립기간"이라 합니다)으로 하며, 출생이후 적립보험료의 적립기간은 출생일로부터 이 보험의 보험기간이 끝나는 날(이하 "출생이후 적립기간"이라 합니다)로 합니다.

3 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 따른 태아기간 적립환급금 및 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

4 회사는 제1항 내지 제3항에 따른 태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 태아기간 적립환급금 및 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에 따릅니다.

5 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일부터 이 보험의 "보장성-1701 공시이율"(이하 "공시이율"이라 합니다)을 연단위 복리로 적립한 금액(적립한 금액에서 중도인출액이 있었던 경우에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감하여 계산한 금액)을 태아기간 적립환급금 및 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다.

용 어 풀 이	
	· **적립부분 순보험료** : 적립보험료에서 사업비를 차감한 보험료 · **보험료납입일** : 보험료가 회사에 입금된 날

6 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.

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

8 계약자가 제38조(중도인출)에서 정한 방법에 따라 중도인출시 인출금액, 태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급 시점까지 인출금액에 적립되었을 이자만큼 태아기간 적립환급금 및 만기환급금이 감소합니다.

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 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】
3종 3형【계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】

이 계약은 순수보장성 상품으로 회사는 보험수익자에게 태아기간 적립환급금 및 만기환급금을 지급하지 않습니다.

제12조(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)

제13조(주소변경통지)

1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제14조(보험수익자의 지정)

1종 【1형(자녀 납입면제 환급형), 2형(자녀 납입면제 기본형)】
3종 【1형(계약전환용 자녀 납입면제 환급형), 2형(계약전환용 자녀 납입면제 기본형)】

1 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제11조(태아기간 적립환급금 및 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.

2종 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】
3종 3형【계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】

1 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자는 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

제15조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자 1명을 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

제16조(계약전 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 종합병원 과 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

제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

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

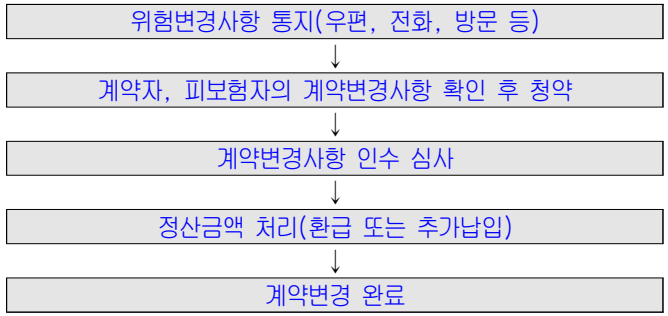
· 직무

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 제24조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

부 가 설 명	위험변경에 따른 계약 변경 절차



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 변경사실을 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	

제18조(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 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(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 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 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 따른 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 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 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

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

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

8 제31조(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	

제19조(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

제20조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

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 이 약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

8 제31조(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.

제21조(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 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.

제22조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체없이 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 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 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	

제23조(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 규약에서 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.	

제24조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간

4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료(1종, 3종 1형 및 3종 2형의 경우 적립보험료를 포함합니다), 배상책임의 경우 보상한도액 등 기타 계약의 내용

단, 아래에 해당하는 사항은 변경할 수 없습니다.

1. 1종 【1형(자녀 납입면제 환급형)】 및 3종 【1형(계약전환용 자녀 납입면제 환급형)】의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가
2. 2종 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】 및 3종 3형【계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액, 적립보험료 및 보장의 추가

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 보험가입금액 또는 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조(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 승계받은 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	계약자적립액

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제25조(보험나이 등)

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

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

3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 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

제26조(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 미경과보험료(적립한 금액에서 중도인출액이 있었던 경우에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액)를 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.

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.

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.

제5관 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. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)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 제1항 및 제2항의 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)

단, "2종 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】" 및 "3종 3형【계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】"의 경우 이 계약은 순수보장성 상품으로 "보장보험료"로만 운영합니다.

5 제4항에서 정한 적립보험료는 출생전 자녀가입 특별약관 제1조(용어의 정의)에서 정한 태아보장기간에 납입하는 적립보험료(이하 “태아 적립보험료”)와 출

생일 이후 납입하는 적립보험료(이하 “출생이후 적립보험료”라 합니다)로 구성되며, 태아보장기간 적립보험료와 출생이후 적립보험료 합하여 적립보험료라 합니다.

제28조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

용 어 풀 이	납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.	

제29조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제30조(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 제37조(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 자동대출 납입을 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 제36조(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.	

제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 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 알려 드립니다. 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 알려 드립니다.

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 제36조(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.	

제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 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 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(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) 제16조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제18조(알릴의무 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	

제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

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

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

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상 속인이 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.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 "태아"이며 계약의 해지 시점이 "출생예정일" 이후이고 피보험자가 출생전인 경우, "출생예정일" 이후에 해당하는 보험기간에 대해 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.(다만, 피보험자가 부양자인 "부양자관련 특별약관"은 제외합니다)

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

4 제23조(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 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조의1(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 제36조(해약환급금) 제5항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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.

제34조(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 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제35조(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 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다. 또한 "2종 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】" 및 "3종 3형【계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】"은 보험료 납입기간 중 이 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.

유 의 사 항	2종 및 3종 3형의 해약환급금

1. "2종 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】" 및 "3종 3형【계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】"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 경우에는 표준형 상품의 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. 회사는 "2종 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】" 및 "3종 3형【계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】" 계약을 체결할 때 "표준형 상품"과 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.

보 험 지 식	해약환급금 예시

1. 납입기간 중 해지시 : 0원(해약환급금 미지급)
2. 납입완료 후 해지시(표준형 상품의 해약환급금이 100만원일 경우)
   2종【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】의 해약환급금 : 100만원 X 50% = 50만원

2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다.

해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에 따릅니다.

3 계약자가 제38조(중도인출)에서 정한 방법에 따라 중도인출시 인출금액 및 해약환급금의 지급 시점까지 인출금액에 적립되었을 이자만큼 해약환급금이 감소합니다.

4 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

5 제33조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

6 제1항에도 불구하고 "2종 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】" 및 "3종 3형【계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】"의 아래 특별약관은 계약이 해지되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

2종	계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하는 특별약관
【갱신계약】에 해당하는 특별약관	
4대장애진단비	
4대장애진단비(태아가입)	
마음성장(ADHD(활동성 및 주의력 장애)진단비【예약】)	
교육기관생활중상해80%이상후유장해	
교육기관생활중상해후유장해(3~79%)	
기흉진단비	
기흉진단비(태아가입)	
뇌성마비진단비	
뇌하수체기능저하진단비	
다발성소아암진단비(감액없음)	
다운증후군출산보장	
모성사망	
모야모야병개두수술비	
사시수술비	
선천이상수술비(혀유착제외)	
선천이상수술비II	
선천이상입원일당(1일이상)	
마음건강(성장기자폐증진단비)	
마음건강(성장기특정정신질환진단비(연간1회한))	
마음성장(성장기언어및행동발달특정장애진단비【예약】)	
신체성장(성조숙증진단비)	
신체성장(성조숙증진단비【예약】)	
신체성장(성조숙증II약제치료비(급여, 연간1회한))	
신체성장(성조숙증II약제치료비(급여, 연간1회한)【예약】)	
소아백혈병진단비	
소아청소년 특정성인병진단비【예약】	
소아탈장수술비	
수두진단비	
수두진단비(태아가입)	
신체건강(스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)수술비)	
스쿨존내어린이교통사고보장	
신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)	
신생아보장(저체중아육아비용, 신생아입원일당)	
아토피진단비	
양수과다증진단비	
양수과소증진단비	
양수색전증진단비	
어린이개흉심장수술비	
여성산과관련 자궁적출수술비	
원형탈모증진단비	
유괴납치피해보장	
유산수술비	
유산입원일당	
임신중독증(자간포함)진단비	
임신출산질환실손입원의료비(통상분만입원일수 제외)	
임신출산질환수술비	
임신출산질환입원일당	
마음건강(정신질환치료비 I (90일이상약물처방)【예약】)	
마음건강(정신질환치료비II(90일이상약물처방)【예약】)	
마음건강(정신질환치료비III(90일이상약물처방)【예약】)	
중대한가와사키·류마티스열진단비	
중등도이상아토피진단비	
중증세균성수막염진단비	
중증아토피진단비	
마음성장(중증틱장애진단비)	
마음성장(중증틱장애진단비【예약】)	
척추측만증수술비	
척추측만증진단비(Cobb's각도 20도이상)	
신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)	
출생위험보장	

2종	계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하는 특별약관

태반조기박리진단비
11대특정감염병진단비(수족구포함)(연간1회한, 10일면책)
11대특정감염병진단비(수족구포함)(연간1회한)(태아가입)
특정갑상선기능저하증진단비
특정선천이상수술비
특정선천이상진단비
특정임신중당뇨병진단비
폭력피해보장
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(감액없음)【예약】
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(감액없음)【예약】
특정변형두상진단비
질병악안면수술비(급여, 연간1회한)【예약】
출산전선별검사이상소견진단비
마음성장(신경성식욕부진 · 폭식증진단비【예약】)
신체성장(베일리영유아발달검사지원비(급여, 연간1회한))
보험료납입지원(유사암진단)
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】
독감(인플루엔자)응급실내원비(응급)(10일면책)

3종 3형	계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하는 특별약관

【갱신계약】에 해당하는 특별약관
보험료납입지원(유사암진단)
십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음)

제37조(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 제2항에도 불구하고 회사는 제30조(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.

제38조(중도인출)

1종 【1형(자녀 납입면제 환급형), 2형(자녀 납입면제 기본형)】
3종 【1형(계약전환용 자녀 납입면제 환급형), 2형(계약전환용 자녀 납입면제 기본형)】

1 계약자는 계약일부터 2년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해약환급금과 적립부분 해약환급금 중 적은 금액(적립한 금액에서 이 계약에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80% 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 중도인출을 할 수 있습니다. 단, 중도인출은 보험기간 내에 한하며, 매 보험년도마다 12회에 한합니다.

2 제1항의 중도인출의 총 누적액은 중도인출을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해약환급금과 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다.

용 어 풀 이	보험년도

보험계약일로부터 다음 해의 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다.
예시) 보험계약일이 8월 15일인 경우 보험년도 기준 매1년은 해당년도 8월 15일부터 다음 해 8월 14일까지입니다.

예 시	중도인출금의 한도

중도인출 시점에 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 의해 산출된 기본계약 해약환급금과 적립부분 해약환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우
⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원
⇒ 기 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 10만원으로 가정)
중도인출 가능액 = 80만원(총 중도인출 가능액) - 10만원 = 70만원

2종 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】
3종 3형【계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】

이 계약은 순수보장성 상품으로 계약자는 중도인출을 신청할 수 없습니다.

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 따른 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 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 정부기관 발행 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, 태아기간 적립환급금 및 만기환급금 청구권, 보험료반환청구권, 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 및 보상하지 않는 손해 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 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

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 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 "예금자보호법"에서 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.	

제 2 절 보통약관의 보장

1. 일반상해후유장해(3~100%)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 보장의 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 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), 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(보장의 소멸)

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.

2. 일반상해후유장해(20~100%)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 20~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 보장의 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 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이

전의 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(보장의 소멸)

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.

3. 일반상해사망

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 보장의 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(보장의 소멸)

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

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

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

특별약관

제1장 의무부가 관련 특별약관

제1장 의무부가 관련 특별약관

의무부가 관련 일반조항

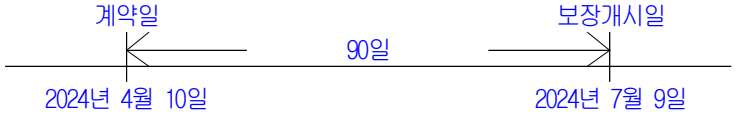
제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 상해 및 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

1. 자녀보험료납입면제대상보장(11대)

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제2항에서 정한 사유 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 자녀보험료납입면제대상보장(11대) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 자녀보험료납입면제대상보장(11대) 보험금은 중복하여 지급하지 않습니다.
② 이 특별약관의 보험금의 지급사유는 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 "일반상해50%이상후유장해"라 합니다)가 되었을 때
2. 피보험자가 진단확정된 질병으로 장해분류표에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 "질병50%이상후유장해"라 합니다)가 되었을 때
3. 피보험자가 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단 확정 되었을 경우
4. 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단 확정 되었을 경우
5. 피보험자가 "심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49)"으로 진단 확정 되었을 경우
6. 피보험자가 "양성뇌종양"으로 진단 확정 되었을 경우
7. 피보험자가 "중대한재생불량성빈혈"로 진단 확정 되었을 경우
8. 피보험자가 "외상성특정뇌출혈"로 진단 확정 되었을 경우
9. 피보험자가 "외상성특정장기손상"으로 진단 확정 되었을 경우
10. 피보험자가 "산정특례대상 희귀질환"으로 진단 확정되고 산정특례 신규등록 되었을 경우
11. 피보험자가 "중대한 화상 및 부식"으로 진단 확정 되었을 경우

③ 제2항 제3호의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 또는 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 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 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 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 상해 또는 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 상해 또는 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 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(유사암제외)", 제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌혈관질환", 제5조(심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49)", 제6조(양성뇌종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 "양성뇌종양", 제7조(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중대한재생불량성빈혈", 제8조(외상성특정뇌출혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 "외상성특정뇌출혈", 제9조(외상성특정장기손상의 정의 및 진단확정)에서 정한 "외상성특정장기손상" 또는 제12조(중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중대한 화상 및 부식"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제15조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

9 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 희귀질환자 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 자녀보험료납입면제대상보장(11대) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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(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(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(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(심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표103】(심장질환(특정Ⅰ) 분류표), 【별표104】(심장질환(특정Ⅱ) 분류표), 【별표133】(부정맥질환(I49) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 심장질환(특정Ⅰ) 및 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, 심장자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심장질환(특정Ⅰ)" 또는 "심장질환(특정Ⅱ)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

③ 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.

④ 제2항 및 제3항에도 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), 심장질환(특정Ⅱ) 또는 부정맥질환(I49)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심장질환(특정Ⅰ), 심장질환(특정Ⅱ) 또는 부정맥질환(I49)으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조(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.

제7조(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "중대한재생불량성빈혈"이라 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 "중대한재생불량성빈혈"의 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 "중대한재생불량성빈혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(외상성특정뇌출혈의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외상성특정뇌출혈"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표160】(외상성특정뇌출혈 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "외상성특정뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외)자격증을 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.

제9조(외상성특정장기손상의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외상성특정장기손상"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표161】(외상성특정장기손상분류표)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), 자기공명영상법(MRI), 초음파검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제10조("산정특례대상 희귀질환"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "산정특례대상 희귀질환"이라 함은【별표162】(희귀질환자 산정특례대상 분류표)에서 정한 상병코드에 해당하는 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도
	국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

2 "산정특례대상 희귀질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

3 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

부 가 설 명	희귀질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간
	- "희귀질환자 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 희귀질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. 다만, [별표4] 희귀질환 산정특례 대상의 III~V에 해당하는 경우, 공단이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 신청해야 하며, 그 중 IV~V에 해당하는 산정특례는 질병관리본부 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 합니다. - 희귀질환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다. 다만, [별표4] 희귀질환 산정특례 대상의 IV~에 해당하는 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 날부터 적용한다.

제11조("산정특례 신규등록"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여【별표162】(희귀질환자 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

부 가 설 명	희귀질환자 산정특례 재등록
	"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조(산정특례 재등록) 1 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 희귀질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다. 2 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 상세불명희귀질환자 및 기타염색체 이상 질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제12조(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.

제13조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 희귀질환자 산정특례대상 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력 소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.

제14조(특별약관의 취소)

1 계약자는 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일 전일 이전에 "암(유사암제외)"로 진단확정되는 경우에는 그 진단확정된 날로부터 90일 이내에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

2 계약자가 제1항에 따라 이 특별약관을 취소한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

3 계약자가 제1항에 따라 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 다음 각 호에서 정한 사유가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 자녀보험료납입면제대상보장(11대) 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 암보장개시일 이전에 진단확정된 "암(유사암제외)"의 암세포가 새로운 장소로 퍼져 다른 "암(유사암제외)"로 진단확정된 경우
2. 암보장개시일 이전에 진단확정된 "암(유사암제외)"이 치료된 후 동일부위에 그 암과 동일한 조직병리학적 특성을 지닌 "암(유사암제외)"이 발생하여 진단확정된 경우

4 제3항에도 불구하고 그 "암(유사암제외)"이 암보장개시일(책임개시일) 이전에 진단확정 받았다 할지라도 암보장개시일(책임개시일) 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일(책임개시일)부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

5 제4항의 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

제15조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 자녀보험료납입면제대상보장(11대) 보험금이 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.

제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제17조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 의무부가 관련 일반조항을 따릅니다.

2 의무부가 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

2. 자녀보험료납입면제대상보장(12대)

제1조(보험금의 지급사유)

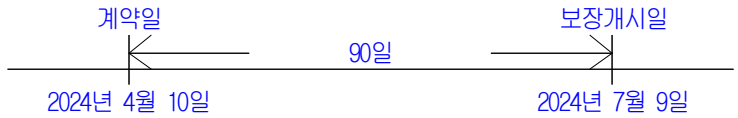
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제2항에서 정한 사유 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 자녀보험료납입면제대상보장(12대) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 자녀보험료납입면제대상보장(12대) 보험금은 중복하여 지급하지 않습니다.

2 이 특별약관의 보험금의 지급사유는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 "일반상해50%이상후유장해"라 합니다)가 되었을 때
2. 피보험자가 진단확정된 질병으로 장해분류표에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 "질병50%이상후유장해"라 합니다)가 되었을 때
3. 피보험자가 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단 확정 되었을 경우
4. 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단 확정 되었을 경우
5. 피보험자가 "심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,149)"으로 진단 확정 되었을 경우
6. 피보험자가 "양성뇌종양"으로 진단 확정 되었을 경우
7. 피보험자가 "중대한재생불량성빈혈"로 진단 확정 되었을 경우
8. 피보험자가 "외상성특정뇌출혈"로 진단 확정 되었을 경우
9. 피보험자가 "외상성특정장기손상"으로 진단 확정 되었을 경우
10. 피보험자가 "산정특례대상 희귀질환"으로 진단 확정되고 산정특례 신규등록 되었을 경우
11. 피보험자가 "중대한 화상 및 부식"으로 진단 확정 되었을 경우
12. 피보험자가 "각막이식수술"을 받은 경우

3 제2항 제3호의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 또는 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 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 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성

별 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 상해 또는 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 상해 또는 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 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(유사암제외)", 제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌혈관질환", 제5조(심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,149)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,149)", 제6조(양성뇌종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 "양성뇌종양", 제7조(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중대한재생불량성빈혈", 제8조(외상성특정뇌출혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 "외상성특정뇌출혈", 제9조(외상성특정장기손상의 정의 및 진단확정)에서 정한 "외상성특정장기손상", 제12조(중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중대한 화상 및 부식" 또는 제13조(각막이식수술의 정의)에서 정한 "각막이식수술"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제17조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

9 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 희귀질환자 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 자녀보험료납입면제대상보장(12대) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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(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(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(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(심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "심장질환(특정Ⅰ,Ⅱ,I49)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표103】(심장질환(특정Ⅰ) 분류표), 【별표104】(심장질환(특정Ⅱ) 분류표), 【별표133】(부정맥질환(I49) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 심장질환(특정Ⅰ) 및 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(특정Ⅰ)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 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.

4 제2항 및 제3항에도 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), 심장질환(특정Ⅱ) 또는 부정맥질환(I49)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심장질환(특정Ⅰ), 심장질환(특정Ⅱ) 또는 부정맥질환(I49)으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조(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.

제7조(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "중대한재생불량성빈혈"이라 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 호중구수가 200/mm^3미만이거나, 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 "중대한재생불량성빈혈"의 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 "중대한재생불량성빈혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(외상성특정뇌출혈의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외상성특정뇌출혈"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표160】(외상성특정뇌출혈 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "외상성특정뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외)자격증을 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.

제9조(외상성특정장기손상의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외상성특정장기손상"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표161】(외상성특정장기손상분류표)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), 자기공명영상법(MRI), 초음파검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제10조("산정특례대상 희귀질환"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "산정특례대상 희귀질환"이라 함은【별표162】(희귀질환자 산정특례대상 분류표)에서 정한 상병코드에 해당하는 경우를 말합니다.

용 어 풀 이 | 본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

2 "산정특례대상 희귀질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

3 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

부 가 설 명 | 희귀질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- "희귀질환자 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 희귀질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
  다만, [별표4] 희귀질환 산정특례 대상의 III~V에 해당하는 경우, 공단이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 신청해야 하며, 그 중 IV~V에 해당하는 산정특례는 질병관리본부 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 합니다.
- 희귀질환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.
  다만, [별표4] 희귀질환 산정특례 대상의 IV~에 해당하는 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 날부터 적용한다.

제11조("산정특례 신규등록"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여【별표162】(희귀질환자 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

부 가 설 명	희귀질환자 산정특례 재등록

"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조(산정특례 재등록)

1 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 희귀질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

2 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 상세불명희귀질환자 및 기타염색체 이상 질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제12조(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.

제13조(각막이식수술의 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.

제14조(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

제15조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 희귀질환자 산정특례대상 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거

나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.

제16조(특별약관의 취소)

1 계약자는 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일 전일 이전에 "암(유사암제외)"로 진단확정되는 경우에는 그 진단확정된 날로부터 90일 이내에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

2 계약자가 제1항에 따라 이 특별약관을 취소한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

3 계약자가 제1항에 따라 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 다음 각 호에서 정한 사유가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 자녀보험료납입면제대상보장(12대) 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 암보장개시일 이전에 진단확정된 "암(유사암제외)"의 암세포가 새로운 장소로 퍼져 다른 "암(유사암제외)"로 진단확정된 경우
2. 암보장개시일 이전에 진단확정된 "암(유사암제외)"이 치료된 후 동일부위에 그 암과 동일한 조직병리학적 특성을 지닌 "암(유사암제외)"이 발생하여 진단확정된 경우

4 제3항에도 불구하고 그 "암(유사암제외)"이 암보장개시일(책임개시일) 이전에 진단확정 받았다 할지라도 암보장개시일(책임개시일) 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일(책임개시일)부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

5 제4항의 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

제17조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 자녀보험료납입면제대상보장(12대) 보험금이 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.

제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제19조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 의무부가 관련 일반조항을 따릅니다.

2 의무부가 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

특별약관

제2장 상해 관련 특별약관

제2장 상해 관련 특별약관

상해 관련 일반조항

제1조(목적)

이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

1. 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액	지급시기 및 지급횟수
이 특별약관의 보험가입금액의 5% 해당액	매년 지급사유 발생해당일에 20년간 확정지급(20회)

예 시	보험가입금액 1,000만원		
총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,000만원	보험가입금액의 5%× 20회	1,000만원	50만원

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일
최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일 => 지급사유 발생해당일: 10월 1일 예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일 => 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날	

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 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 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 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이미 지급받은 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 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.

제4조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

2. 교통상해80%이상후유장해(비운전자)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 비운전중 교통상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 교통상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 비운전중 교통상해라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 "교통사고"라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "탑승중 교통사고"라 합니다)
2. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 "비탑승중 교통사고"라 합니다)

3 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

4 제2항의 "기타교통수단"이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

5 제2항에서 "운전"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

6 제2항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

7 제3항의 "건설기계"란 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 말합니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

관 련 법 규	자동차손해배상 보장법 시행령

· 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

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 교통상해80%이상후유장해보험금을 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 교통상해80%이상후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해80%이상후유장해보험금에서 이미 지급받은 교통상해80%이상후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 교통상해80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해80%이상후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해80%이상후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 교통상해80%이상후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 교통상해80%이상후유장해보험금이 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

3. 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대중교통이용중교통상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 대중교통이용중교통상해라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 운전을 하고 있지 않는 상태로 피보험자가 탑승 중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

3 제2항에서 "대중교통수단"이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차 운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차 운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
5. 여객수송용 선박

4 제2항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

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 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금을 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 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금에서 이미 지급받은 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

2 제1항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대중교통이용중교통상해80%이상후유장해보험금이 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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

4. 교육기관생활중상해80%이상후유장해

제1조(피보험자의 범위)

초·중등교육법이 정하는 고등학교, 중학교, 초등학교와 유아교육법이 정하는 유치원(특수학교 유치부를 포함합니다)에 재학하는 학생을 말합니다. 다만, 초중등 교육법 제43조의2에서 정한 방송통신 중학교, 제51조에서 정한 방송통신 고등학교 및 동법 제52조에서 정한 근로청소년을 위한 특별학급 및 산업체부설 중·고등학교에 재학 중인 학생은 제외합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 초·중등교육법시행령 제45조 및 유아교육법시행령 제12조에 정한 교육기관의 수업일(토요일을 포함합니다)에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 교육기관생활중상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 교육기관의 수업일이라 함은 연중 아래의 어느 하나에 해당하는 날을 제외한 날을 말합니다.

1. 초·중등교육법시행령 제 47조 및 유아교육법시행령 제14조에 정한 관공서의 공휴일
2. 초·중등교육법시행령 제 47조 및 유아교육법시행령 제14조에 정한 관할청 또는 학칙에서 정하는 여름, 겨울, 학기말의 휴가 및 개교기념일
3. 초·중등교육법시행령 제 47조 및 유아교육법시행령 제14조에 정한 비상재해 등으로 인한 임시휴업일

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(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 교육기관생활중상해80%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 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.

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 교육기관생활중상해80%이상후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교육기관생활중상해80%이상후유장해보험금에서 이미 지급받은 교육기관생활중상해80%이상후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교육기관생활중상해80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교육기관생활중상해80%이상후유장해보험금이 지급되지 않

았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교육기관생활중상해80%이상후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 교육기관생활중상해80%이상후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 수업일에 부모 또는 친권자, 학교의 통제를 벗어나 생활하던 중에 발생한 사고

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 교육기관생활중상해80%이상후유장해보험금이 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

5. 스포츠활동중상해80%이상후유장해

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 스포츠활동중상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 스포츠활동중상해라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 아래에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 다만, 주택은 제외합니다)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 이와 유사한 운동경기
2. 등산, 스키, 하키, 마술(馬術), 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조, 및 이와 유사한 운동경기
3. 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

3 제2항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

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 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금을 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 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금에서 이미 지급받은 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 스포츠활동중상해80%이상후유장해보험금이 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.

제4조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

6. 팔및손가락후유장해

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 어깨부위 이하가 절단되었거나 어깨부위, 팔꿈치, 손목 및 손가락에 관절운동장해가 발생하는 경우 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 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.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

7. 자전거탑승중상해80%이상후유장해

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자전거탑승중 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 자전거탑승중상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "자전거탑승중"이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운전중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항에서 "자전거"라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조 제17항 제3호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물을 포함합니다)을 말합니다.

4 제2항에서 "자전거를 운전중"이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

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 자전거탑승중상해80%이상후유장해보험금을 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 자전거탑승중상해80%이상후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 자전거탑승중상해80%이상후유장해보험금에서 이미 지급받은 자전거탑승중상해80%이상후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 자전거탑승중상해80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 자전거탑승중상해80%이상후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 자전거탑승중상해80%이상후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 자전거탑승중상해80%이상후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중인 자전거에 탑승(운전을 포함합니다)

나. 하역작업
다. 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
라. 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 자전거탑승중상해80%이상후유장해보험금이 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

8. 상해입원일당(1일이상)II
8-1. 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

9. 상해입원일당(1일이상 10일한도)

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 10일을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

10. 상해입원일당(1일이상 20일한도)

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 20일을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

11. 상급종합병원 상해입원일당(1일이상)

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 계속중인 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 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

12. 탈구염좌및과긴장입원일당(4일이상)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 【별표4】(탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장분류표)에 정한 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장으로 진단확정되고 그 직접적인 결과로 의료법 제3조(의료기관) 2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 탈구염좌및과긴장입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 탈구염좌및과긴장입원일당은 동일한 사고에 의한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 탈구염좌및과긴장 입원일당을 계속 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 탈구염좌및과긴장 입원일당의 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 "탈구, 염좌 및 과긴장"의 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

13. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외)
13-1. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표5】(골절분류표Ⅱ(치아파절제외))에서 정한 골절(치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 진단확정된 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

14. 5대골절진단비
14-1. 5대골절진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표6】(5대골절분류표)에서 정한 5대골절로 진단 확정된 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 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

15. 골절수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표7】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단 확정 후 그 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 상해를 직접적인 원인으로 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 제7조(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, 사고 전 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 "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(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 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외

합니다.

16. 5대골절수술비Q

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표6】(5대골절분류표)에서 정한 5대골절로 진단 확정 후 그 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 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 5대골절수술을 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 제7조(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, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

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(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 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

17. 화상진단비
17-1. 화상진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표8】(화상분류표)에 정한 화상으로 진단 확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

2 제1항의 화상이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 의하여 【별표8】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

18. 화상수술비Q

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표8】(화상분류표)에 정한 화상으로 진단 확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

2 제1항의 화상이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 의하여 【별표8】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 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 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

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)

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(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 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

19. 폭력피해보장

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중의 일상생활 중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체에 상해를 입은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 폭력피해보장 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.

2 제1항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 친족에 의한 사고
2. 피보험자가 폭력행위등처벌에관한법률 제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생된 사고

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

20. 중대한화상및부식진단비

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 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 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)에 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

21. 스쿨존내어린이교통사고보장

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조 제6항"에 의하여 시장 등이 어린이 보호구역으로 지정한 지역(이하 "스쿨존"이라 함)내에서 아래의 교통사고(이하 "교통사고"라 함)로 상해를 입은 경우, 1사고당 보험가입금액을 스쿨존내어린이교통사고보장 보험금으로 지급합니다.

1. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

2 제1항에서 교통사고라 함은 관할경찰서에 교통사고로 접수된 경우를 말하며, 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

3 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차("승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차"를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

4 제1항에서 "기타교통수단"이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

5 제3항의 "건설기계"란 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 말합니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

관 련 법 규	자동차손해배상 보장법 시행령

· 제2조(건설기계의 범위)
1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)
   나. 하역작업
   다. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

22. 상해수술비Q
22-1. 상해수술비Q【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 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 제7조(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

다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

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(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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

23. 일반상해사망 추가
23-1. 일반상해사망【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 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 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

24. 일반상해80%이상후유장해

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 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 일반상해80%이상후유장해보험금을 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 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 일반상해80%이상후유장해보험금에서 이미 지급받은 일반상해80%이상후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 일반상해80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 일반상해80%이상후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 일반상해80%이상후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 일반상해80%이상후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금이 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.

제4조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

25. 종합병원 상해입원일당(1일이상)

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 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 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

26. 상해중환자실입원일당(1일이상)II
26-1. 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(【별표10】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 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를

더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 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 2회 이상 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(특별약관의 자동갱신)
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.

제6조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

27. 상해흉터복원수술비Ⅱ(안면부)

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(5cm이상~ 10cm미만)	가입금액의 60%
안면부(10cm이상)	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 "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

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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

28. 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액	지급시기 및 지급횟수
이 특별약관의 보험가입금액 5% 해당액	매년 지급사유 발생해당일에 20년간 확정지급(20회)

예 시	보험가입금액 1,000만원

총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,000만원	가입금액의 5%× 20회	1,000만원	50만원

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일
최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일 => 지급사유 발생해당일: 10월 1일 예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일 => 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확

정되지 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 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 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 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이미 지급받은 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 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.

제4조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

29. 심한상해수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여【별표3】(신경 및 장기손상 분류표)에서 정한 신경 또는 장기에 손상이 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 심한상해수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 심한상해수술비는 같은 사고를 직접원인으로 두 종류 이상의 심한상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 심한상해수술비만 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 "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	

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

30. 상해1~5종수술비(매회지급)
30-1. 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"(【별표11】 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 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식

기, 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 【별표11】(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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

31. 상해흉터복원수술비

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 500만원 한도로 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 피부이식수술등의 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 사고일로부터 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 "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	

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

32. 상급종합병원 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(1-180일)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 상급종합병원 간병인사용상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용시간이 1일당 8시간 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우	보험가입금액의 100%

예 시 | **상급종합병원 간병인사용상해입원일당 계산**

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 상급종합병원 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

· 상급종합병원 간병인사용상해입원일당 지급금액
: 2만5천원 + 5만원×4일 = 22만5천원 지급

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 상급종합병원 간병인사용상해입원일당은 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 상급종합병원 간병인사용상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
6 피보험자가 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
9 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
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 제7조(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·간병통합서

비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 간병인사용상해입원일당은 지급하지 않습니다.

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(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("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(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	

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. 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용시간, 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 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 사업자등록된업체의 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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

33. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외)(태아가입)
33-1. 골절진단비Ⅱ(치아파절제외)(태아가입)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표12】(골절분류표Ⅱ(태아가입))에서 정한 골절(치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제3조(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.

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)
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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

34. 골절수술비(태아가입)Q

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표13】(골절분류표(태아가입))에서 정한 골절로 진단 확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 골절수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

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 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

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

35. 외상성특정뇌출혈진단비

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 【별표160】(외상성특정뇌출혈 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "외상성특정뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외)자격증을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

36. 외상성특정장기손상진단비

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 【별표161】(외상성특정장기손상분류표)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), 자기공명영상법(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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

37. 중대한특정상해수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술" 또는 "개복(開腹)수술"을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중대한특정상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 중대한특정상해수술비는 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 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("뇌손상" 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(【별표14】(중대한 특정상해 분류표) 참조)을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 손상(【별표14】(중대한 특정상해 분류표) 참조)을 입은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 않습니다.

1. "개두(開頭)수술"이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. "개흉(開胸)수술"이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈),흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. "개복(開腹)수술"이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수(맹장), 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 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(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비를 지급한 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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외

합니다.

38. 상해사고부상보장 I

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 "상해사고부상 I "으로 진단 확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사고부상보장 I 보험금으로 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.

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.	

제3조(상해사고부상 I 의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "상해사고부상 I "이라 함은【별표15】(손상 분류표)에서 정한 손상으로 진단확정되고, 이로 인해 "상해부상등급 I "로 판정된 경우를 말합니다.

2 제1항에서 정한 "상해부상등급 I "라 함은 하나의 상해로【별표16】(손상점수 산출기준)에 따라 계산한 손상점수결과가 25점이상인 경우를 말합니다.

예 시	손상점수 계산

· 예시1)

○ 하나의 사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우
: S028, S045, S131, S281

진단	진단명	중증도평가점수
S028	기타 두개골 및 안면골의 골절	16
S045	안면신경의 손상	4
S131	경추의 탈구	16
S281	흉부 부분의 외상성 절단	25

○ 첫 번째로 높은 중증도평가점수 25 + 두 번째로 높은 중증도평가점수 16 + 세 번째로 높은 중증도평가점수 16
= 57점

⇒ 【별표16】에 따라 계산한 손상점수결과(57점)가 25점이상이므로 상해부상등급 I 에 해당됨

· 예시2)

○ 하나의 사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우
: S700, S560, S458, S500, S823

진단	진단명	중증도평가점수
S700	엉덩이의 타박상	1
S560	아래팔 부위의 엄지손가락의 굴근 및 힘줄의 손상	4
S458	어깨 및 위팔 부위의 기타 혈관손상	9
S500	팔꿈치의 타박상	1
S823	경골 하단의 골절	9

○ 첫 번째로 높은 중증도평가점수 9 + 두 번째로 높은 중증도평가점수 9 + 세 번째로 높은 중증도평가점수 4
= 22점

⇒ 【별표16】에 따라 계산한 손상점수결과(22점)가 25점이상이 아니므로 상해부상등급 I 에 해당되지 않음

3 제1항의【별표15】(손상 분류표)에서 정한 손상의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(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, 법적 제제
6. 타인과의 폭력행위

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 제1조(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, 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

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 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

39. 골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 골절진단비(치아파절제외)(1급, 연간1회한) 보장
- 골절진단비(치아파절제외)(2급, 연간1회한) 보장
- 골절진단비(치아파절제외)(3급, 연간1회한) 보장
- 골절진단비(치아파절제외)(4급, 연간1회한) 보장
- 골절진단비(치아파절제외)(5급, 연간1회한) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표17】(골절분류표III)에서 정한 골절(치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 진단확정 되고 【별표18】(골절 등급분류기준표 I)에 해당하는 경우, 해당등급에 따라 각각 연간 1회에 한하여 각 보장의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1급	2급	3급	4급	5급
지급 금액 (각각 연간 1회한)	각 보장의 보험가입금액 100%				

② 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

③ 제1항에서 골절진단비의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 연간 1회에

한하여 골절진단비를 지급합니다. 다만, 제2조 제2항에 정한 "연간"에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 등급별 골절진단비를 지급합니다.

예 시

· **골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한) 가입금액**

1급	2급	3급	4급	5급
100만원	40만원	30만원	20만원	10만원

(사례1)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우
: S422, S820

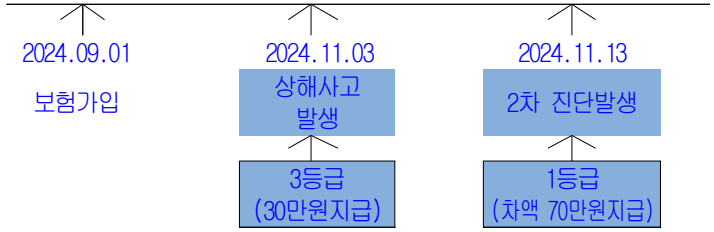
진단	진단명	골절등급
S422	상완골 상단의 골절	3
S820	무릎뼈의 골절	4

⇒ 높은 등급에 해당하는 3등급 보험금 지급 (30만원 지급)

(사례2)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우
· 하나의 상해사고로 S022(비골의 골절) 진단시
⇒ 3등급에 해당하는 보험금 지급 (30만원 지급)

· 같은 상해사고로 인해 2차 진단 S064(경막외출혈) 발생시
⇒ 1등급에 해당하는 보험금과 3등급 보험금의 차액 지급
(100만원 - 30만원 = 70만원)

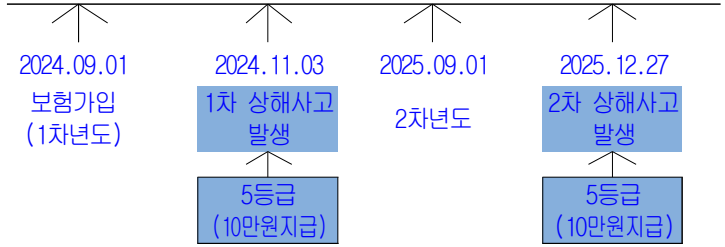


예 시

(사례3)

○ 다른 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각 연간1회한)
· 첫 해 상해사고로 S925(기타 발가락의 골절) 진단시
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급 (10만원 지급)

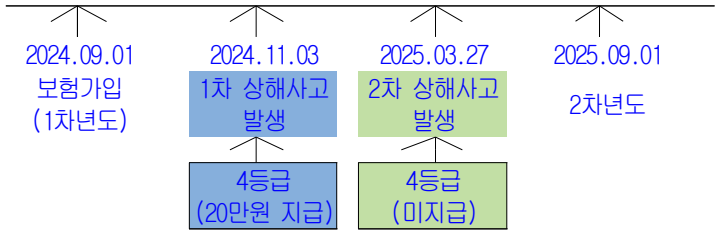
· 다음 해 상해사고로 T024(양쪽 팔의 여러부위를 침범한 골절) 진단시
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급 (10만원 지급)



(사례4)

○ 같은 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각 연간1회한)
· 1차 상해사고로 S223(늑골골절) 진단시
⇒ 4등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

· 2차 상해사고로 S145(경부교감신경의 손상) 진단시
⇒ 4등급에 해당하는 보험금 미지급



2 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(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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

40. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표7】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단확정된 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 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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

41. 골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)(태아가입)

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표13】(골절분류표(태아가입))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.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 골절진단비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제3조(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 부담

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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

42. 골절수술비(1~5급, 연간1회한)Q

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

- 골절수술비(1급, 연간1회한)Q 보장
- 골절수술비(2급, 연간1회한)Q 보장
- 골절수술비(3급, 연간1회한)Q 보장
- 골절수술비(4급, 연간1회한)Q 보장
- 골절수술비(5급, 연간1회한)Q 보장

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표19】(골절분류표Ⅳ)에서 정한 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우, 【별표20】(골절 등급분류기준표Ⅱ)에 해당하는 등급에 따라 각각 연간 1회에 한하여 각 보장의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	1급	2급	3급	4급	5급
지급 금액 (각각 연간 1회한)	각 보장의 보험가입금액 100%				

2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
3 제1항에서 골절수술비의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유)의 골절수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 연간 1회에 한하여 골절수술비를 지급합니다. 다만, 제2조 제2항에 정한 "연간"에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 등급별 골절수술비를 지급합니다.

예 시

· **골절수술비(1~5급, 연간1회한)Q 가입금액**

1급	2급	3급	4급	5급
200만원	80만원	60만원	40만원	20만원

(사례1)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단 후 수술을 받은 경우
: S422, S820

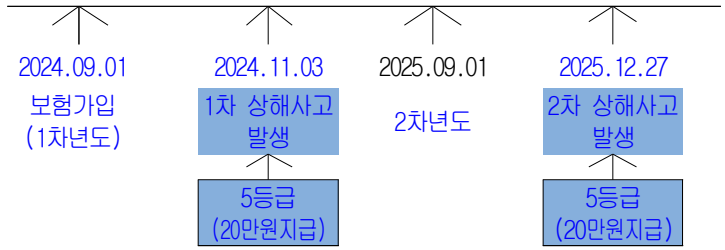
진단	진단명	골절등급
S422	상완골 상단의 골절	3
S820	무릎뼈의 골절	4

⇒ 높은 등급에 해당하는 3등급 보험금 지급 (60만원)

(사례2)

○ 다른 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각 연간1회한)
· 첫 해 상해사고로 S925(기타 발가락의 골절) 진단후 수술시
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

· 다음 해 상해사고로 T024(양쪽 팔의 여러부위를 침범한 골절) 진단후 수술시
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

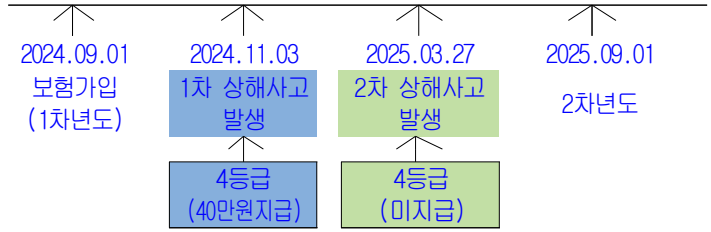


예 시

(사례3)

○ 같은 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각 연간1회한)
· 1차 상해사고로 S223(늑골골절) 진단후 수술시
⇒ 4등급에 해당하는 보험금 지급 (40만원 지급)

· 2차 상해사고로 S145(경부교감신경의 손상) 진단후 수술시
⇒ 4등급에 해당하는 보험금 미지급



2 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 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

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 "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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

43. 외모특정상해(머리,목)수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "외모특정상해"로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 외모특정상해(머리,목)수술비로 보험수익자에게 매 사고시마다 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 외모특정상해(머리,목)수술비는 같은 상해로 두 종류 이상의 외모특정상해(머리,목)수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 외모특정상해(머리,목)수술비만 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(외모특정상해의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외모특정상해"라 함은 "외모특정상해분류표"(【별표21】 외모특정상해 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상해를 말합니다.

2 제1항의 "외모특정상해"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 "외모특정상해"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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

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 "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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

44. 교통상해후유장해(3~79%)(비운전자)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 비운전중 교통상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 3~79% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 교통상해후유장해(3~79%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 비운전중 교통상해라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 "교통사고"라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말합니다.
1. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "탑승중 교통사고"라 합니다)
2. 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차

및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 "비탑승중 교통사고"라 합니다)

3 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법시행령 제2조에 정한 건설기계를 말합니다.

4 제2항의 "기타교통수단"이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

5 제2항에서 "운전"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

6 제2항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

7 제3항의 건설기계란 "건설기계"란 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 말합니다. 또한 제3항의 건설기계, 제4항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

관 련 법 규	자동차손해배상 보장법 시행령

· 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

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 교통상해후유장해(3~79%)보험금을 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 교통상해후유장해(3~79%)보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해(3~79%)보험금에서 이미 지급받은 교통상해후유장해(3~79%)보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해(3~79%)보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해(3~79%)보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해(3~79%)보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 교통상해후유장해(3~79%)보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 교통상해후유장해(3~79%)보험금은 보

험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

45. 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대중교통이용중교통상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 3~79% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 대중교통이용중교통상해라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 운전을 하고 있지 않는 상태로 피보험자가 탑승 중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

③ 제2항에서 "대중교통수단"이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차 운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차 운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
5. 여객수송용 선박

④ 제2항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

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 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금을 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 합산

하여 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 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금에서 이미 지급받은 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%)보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
   나. 하역작업
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

2 제1항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

46. 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)

제1조(피보험자의 범위)

초·중등교육법이 정하는 고등학교, 중학교, 초등학교와 유아교육법이 정하는 유치원(특수학교 유치부를 포함합니다)에 재학하는 학생을 말합니다. 다만, 초중등 교육법 제43조의2에서 정한 방송통신 중학교, 제51조에서 정한 방송통신 고등학교 및 동법 제52조에서 정한 근로청소년을 위한 특별학급 및 산업체부설 중·고등학교에 재학 중인 학생은 제외합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 초·중등교육법시행령 제45조 및 유아교육법시행령 제12조에 정한 교육기관의 수업일(토요일을 포함합니다)에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 3~79% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 교육기관의 수업일이라 함은 연중 아래의 어느 하나에 해당하는 날을 제외한 날을 말합니다.

1. 초·중등교육법시행령 제 47조 및 유아교육법시행령 제14조에 정한 관공서의 공휴일
2. 초·중등교육법시행령 제 47조 및 유아교육법시행령 제14조에 정한 관할청 또는 학칙에서 정하는 여름, 겨울, 학기말의 휴가 및 개교기념일

3. 초·중등교육법시행령 제 47조 및 유아교육법시행령 제14조에 정한 비상재해 등으로 인한 임시휴업일

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(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 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)보험금을 지급하지 않습니다.

4 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.

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 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)보험금에서 이미 지급받은 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 교육기관생활중상해후유장해(3~79%)보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 수업일에 부모 또는 친권자, 학교의 통제를 벗어나 생활하던 중에 발생한 사고

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 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

47. 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 스포츠활동중상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 3~79% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 스포츠활동중상해라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 아래에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 다만, 주택은 제외합니다)내에서 하는 동안 또

는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.
1. 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 이와 유사한 운동경기
2. 등산, 스키, 하키, 마술(馬術), 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조, 및 이와 유사한 운동경기
3. 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

3 제2항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

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 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)보험금을 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 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)보험금에서 이미 지급받은 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 스포츠활동중상해후유장해(3~79%)보험금은 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

48. 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자전거탑승중 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 3~79% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "자전거탑승중"이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운전중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.

3 제1항 및 제2항에서 "자전거"라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조 제17항 제3호에서 정한 원동기장치 자

전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물을 포함합니다)을 말합니다.
4 제2항에서 "자전거를 운전중"이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

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 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)보험금을 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 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)보험금에서 이미 지급받은 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 자전거탑승중상해후유장해(3~79%)보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중인 자전거에 탑승(운전을 포함합니다)
   나. 하역작업
   다. 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
   라. 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

49. 유괴납치피해보장

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 "억류상태"에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72시간

이 지난 시점까지 구출 또는 억류해제 되지 않은 경우에 사고발생 사실을 관할 행정기관에 신고 접수한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류해제 되거나 사망사실이 확인된 시점까지 90일을 한도로 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 유괴납치피해보장 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 억류상태란 아래와 같은 경우를 말합니다.

1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것
2. 기망 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 지배아래 옮겨 두는 것

3 제1항의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고, 접수한 시점에서 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(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.

제3조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

50. 간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)
50-1. 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 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 제공할수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 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 호의어느 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 현저히곤란하다고 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(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.	

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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

51. 상급종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)

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) 제1항에 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)
① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

52. 상해수술비(종합병원)
52-1. 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 제7조(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, 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

53. 상해수술비(상급종합병원)
53-1. 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 제7조(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("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(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 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

54. 종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)

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 종합병원 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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

55. 상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

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

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 상급종합병원에서 "1~5종수술II 분류표"(【별표11】 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 (상급종합병원, 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 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("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

제6조(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 가하여 【별표11】(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

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(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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

56. 골절수술비Q

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표7】(골절분류표)에서 정한 골절로 진단 확정 후 그 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 상해를 직접적인 원인으로 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 제7조(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, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 전환전 계약(1종) 계약 체결 시 출생전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

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(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 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

57. 간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)
57-1. 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 간병인사용상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)로 보험수익자에게 지급합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용시간이 1일당 8시간 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우	보험가입금액의 100%

예 시	간병인사용상해입원일당II 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 간병인사용상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용상해입원일당II(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 회사는 간병인사용상해입원일당II(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 부담

합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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 간병인사용상해입원일당Ⅱ(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 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, 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(사업자등록된 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 사업자등록된업체의 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

58. 간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)
58-1. 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 제5조(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 지급합니다.

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 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 제7조(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 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원)은 지급하지 않습니다.

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 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.

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 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 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 사업자등록된업체의 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(특별약관의 자동갱신)

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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

59. 아나필락시스진단비(응급의료, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "응급실"에 내원하여 "아나필락시스(anaphylaxis)"(이하 "아나필락시스"라 합니다)로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 아나필락시스진단비(응급의료, 연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하

지 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(아나필락시스의 정의 및 진단확정)에서 정한 "아나필락시스"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

3 피보험자가 "응급실"에 내원하던 도중 사망하는 경우에도 "아나필락시스"를 직접적인 원인으로 사망한 것이 확인된 경우에는 "응급실"에 내원하여 진단받은 것으로 보아 제2항을 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 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 "응급실"이 아닌 곳에서 진료를 받은 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "아나필락시스"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표106】(아나필락시스 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "아나필락시스"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "아나필락시스"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(응급실의 정의)

이 특별약관에 있어서 "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 신고된 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.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(응급실기록지 사본, 의사소견서 또는 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외

합니다.

60. 아나필락시스진단비(연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "아나필락시스(anaphylaxis)"(이하 "아나필락시스"라 합니다)로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 아나필락시스진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 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 제4조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)에서 정한 "아나필락시스"를 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(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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "아나필락시스"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표106】(아나필락시스 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

2 "아나필락시스"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "아나필락시스"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 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 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

61. 중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)
61-1. 중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 보험기간 중 "중증외상환자 산정특례대상"으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증외상환자 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 중증외상환자 산정특례대상보장보험금은 "중증외상환자 산정특례대상"에 해당되어 여러번 등록되더라도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항 및 제2항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

예 시	중증외상환자 산정특례대상보장 연간 1회 지급



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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증외상환자 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증외상환자 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("중증외상환자 산정특례대상"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중증외상환자 산정특례대상"이라 함은【별표168】(중증외상환자 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

부 가 설 명	중증외상환자 산정특례 등록신청 절차

"중증외상환자 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 보건복지부에서 지정한 권역외상센터 측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 "중증외상환자 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특

별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.

8 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

62. 중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
62-1. 중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 "중증화상환자 산정특례대상"으로 보험기간 중 "산정특례 신규등록" 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상환자 산정특례대상보장보험금으로 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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증화상환자 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상환자 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("중증화상환자 산정특례대상"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중증화상환자 산정특례대상"이라 함은【별표169】(중증화상환자 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도
국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도	

부 가 설 명	중증화상환자 산정특례 등록신청 절차
"중증화상환자 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.	

제4조("산정특례 신규등록"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 【별표169】(중증화상환자 산정특례대상분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

부 가 설 명	중증화상환자 산정특례 재등록
"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증화상환자(V306은 제외)는 산정특례 적용 종료일부터 2년 이내에 【별표169-2】의 수술을 받는 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있습니다.	

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 "중증화상환자 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.

8 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

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 중증화상환자 산정특례대상보장보험금이 지급된 경우에는 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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

63. 종합병원 상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)

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 해당병원이 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 해당병원이 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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

64. 상급종합병원 상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)

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 치료를 받던 중 해당병원이 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 해당병원이 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

65. 창상봉합술 치료비(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 "창상봉합술(급여)"를 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 창상봉합술 치료비로 지급합니다.

구 분		지급금액
창상봉합술Ⅰ(안면/경부)	상해로 '창상봉합술(급여)(안면/경부) 분류표'에서 정한 '창상봉합술Ⅰ(급여)(안면/경부)'을 받는 경우	'창상봉합술 치료비Ⅰ(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여)'보장 보험가입금액
창상봉합술Ⅱ(안면/경부)	상해로 '창상봉합술(급여)(안면/경부) 분류표'에서 정한 '창상봉합술Ⅱ(급여)(안면/경부)'을 받는 경우	'창상봉합술 치료비Ⅱ(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여)'보장 보험가입금액

2 제1항에도 불구하고 창상봉합술 치료비는 연간 3회를 한도로 하며, 한도 산정기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 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("창상봉합술(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "창상봉합술(급여)"이라 함은 상해의 직접결과로써, "창상봉합술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "창상봉합술"이라 함은 【별표175】「창상봉합술(안면/경부) 대상 수가코드」에서 정한 창상봉합술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 해당 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 "창상봉합술 대상 수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "창상봉합술 대상 수가코드"를 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.

④ 제1항의 "창상봉합술(급여)"는 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 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 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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

② 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

66. 창상봉합술 치료비(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 "창상봉합술(급여)"를 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 창상봉합술 치료비로 지급합니다.

구 분		지급금액
창상봉합술Ⅰ(안면/경부 외)	상해로 '창상봉합술(급여)(안면/경부 외) 분류표'에서 정한 '창상봉합술Ⅰ(급여)(안면/경부 외)'을 받는 경우	'창상봉합술 치료비Ⅰ(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여)'보장 보험가입금액
창상봉합술Ⅱ(안면/경부 외)	상해로 '창상봉합술(급여)(안면/경부 외) 분류표'에서 정한 '창상봉합술Ⅱ(급여)(안면/경부 외)'을 받는 경우	'창상봉합술 치료비Ⅱ(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여)'보장 보험가입금액

② 제1항에도 불구하고 창상봉합술 치료비는 연간 3회를 한도로 하며, 한도 산정

기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 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("창상봉합술(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "창상봉합술(급여)"이라 함은 상해의 직접결과로써, "창상봉합술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "창상봉합술"이라 함은 【별표176】「창상봉합술(안면/경부 외) 대상 수가코드」에서 정한 창상봉합술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 해당 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 "창상봉합술 대상 수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "창상봉합술 대상 수가코드"를 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.
4 제1항의 "창상봉합술(급여)"는 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 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 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

67. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)

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, 입원 중에 "상해 재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해 재활치료(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 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("입원" 및 "통원"의 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

68. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)

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, 입원 중에 "상해 재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해 재활치료(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 "통원"의 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

69. 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)

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, 입원 중에 "상해 재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해 재활치료(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 "통원"의 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

70. 간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)
70-1. 간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 7개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 간병인사용 상해입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 3백만원 이상) 보장
- 간병인사용 상해입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 5백만원 이상) 보장
- 간병인사용 상해입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 7백만원 이상) 보장
- 간병인사용 상해입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 1천만원 이상) 보장
- 간병인사용 상해입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 1천5백만원 이상) 보장
- 간병인사용 상해입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 2천만원 이상) 보장
- 간병인사용 상해입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 3천만원 이상) 보장

제2조(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 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 "연간 간병인 사용금액 총액"이 3백만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 간병인사용 상해입원지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
간병인사용 상해입원지원금 (요양병원 제외, 연간1회한)	3백만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	5백만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	7백만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	1천만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	1천5백만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	2천만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	3천만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제7조("연간 간병인 사용금액 총액"의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 "연간 간병인 사용금액 총액"을 기준으로 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인 사용금액 총액"이 변경되어 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다.
한편, 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

2 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

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

5 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

6 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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 제2조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원금은 지급하지 않습니다.

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 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.

제6조(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
침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등	

제7조("연간 간병인 사용금액 총액"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "연간 간병인 사용금액 총액"이라 함은 해당 상해의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 상해로 최초입원한 날에 해당하는 "연간 간병인 사용금액 총액"에 합산하여 적용합니다.

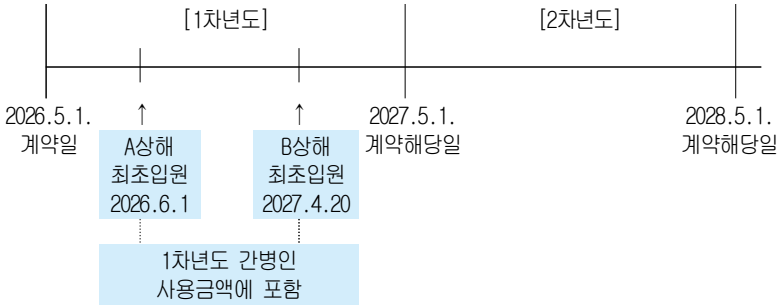
3 제1항의 "연간 간병인 사용금액 총액"은 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않으며, 해당 상해의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 적용합니다.

예 시 1 | **연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시**

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일
· 입원기간 및 간병인 사용일

A상해	- 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 6월 30일 - 간병인사용기간 : 2026년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) 간병인사용금액 : 98만원 → 1일당 평균사용금액 14만원이므로 1일당 14만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 25일 - 간병인사용기간 : 2027년 5월 5일 ~ 5월 24일(20일) 간병인사용금액 : 560만원 → 1일당 평균사용금액이 28만원이므로 1일당 최대한도 25만원 적용 : 간병인사용금액 500만원(25만원×20일)

· 입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함
· **1차년도 간병인 사용금액 총액 : 598만원 (98만원 + 500만원)**
간병인비용 연간 3백만원 이상 보장 보험가입금액 : 100만원
간병인비용 연간 5백만원 이상 보장 보험가입금액 : 50만원
→ 1차년도 지급금액 : 해당 보장 보험가입금액 총 150만원 지급

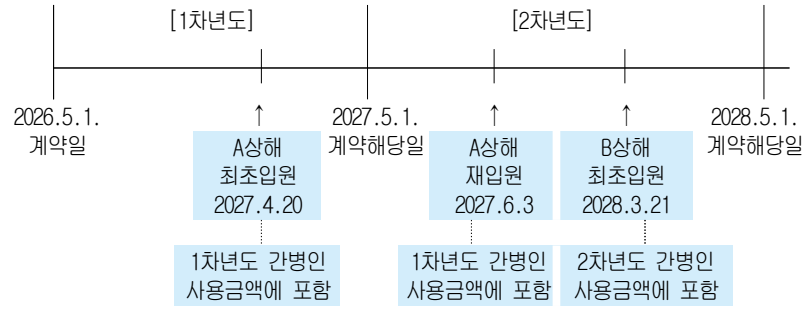


예 시 2 | **연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시**

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일
· 입원기간 및 간병인 사용일

A상해	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2027년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인사용기간 : 2027년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 2027년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일) 간병인사용금액 : 360만원(120만원 + 240만원) → 1일당 평균사용금액이 18만원이므로 1일당 18만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2028년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인사용기간 : 2028년 3월 22일 ~ 4월 1일(11일) 간병인사용금액 : 330만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 최대한도 25만원 적용 : 간병인사용금액 275만원(25만원×11일)

· 같은 상해로 2회 이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함
· **1차년도 간병인 사용금액 총액 : 360만원**
간병인비용 연간 3백만원 이상 보장 보험가입금액 : 100만원
→ 1차년도 지급금액 : 해당 보장 가입금액 100만원 지급
· **2차년도 간병인 사용금액 총액 : 275만원 (25만원×11일)**
→ 2차년도 지급금액 : 미지급



제8조(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. 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 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 사업자등록된 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.	

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)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

71. 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)

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 이전하

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

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

72. 상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)

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

8 피보험자가 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 이외의 병원에 입원하여 치료를

받던 중 해당병원이 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 해당병원이 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

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

73-1. 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, 정신병원 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 제공할수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 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 호의어느 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 현저히곤란하다고 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"이란 병원, 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(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.

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 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

74. 간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)
74-1. 간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【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 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.

지급기준	지급금액
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 간병인사용상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 제3조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에 해당하는 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 "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 관리

하에 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 제7조(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(사업자등록된 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 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는서명이 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(특별약관의 자동갱신)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

75. 상해통합치료비Plus
75-1. 상해통합치료비Plus【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "상해통합치료(검사)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "상해통합치료(진단)"에 해당하는 통합상해로 진단확정된 경우 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "상해통합치료(수술)"에 해당하는 수술을 받은 경우 보장항목별로 각각 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
단, "상해골절철심제거술(급여)"의 경우 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "골절(치아파절제외)"로 진단확정 되고 그 치료를 목적으로 체내에 삽입한 철심을 제거하는 "상해골절철심제거술(급여)"을 받은 경우 연간 1회에 한하여 지급합니다.

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해("깁스치료"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 "상해통합치료(주요치료)"에 해당하는 치료를 받은 경우 아래에 정한 보장항목별 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
단, "상해골절부목치료(급여)"의 경우 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "골절(치아파절제외)"로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "상해부목치료(급여)"를 받은 경우에 한하여 지급합니다.

5 제4항의 "상해통합치료(주요치료)" 중 "상해특정시술치료(급여)" 및 "상해특정마취치료(급여)"는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여, "상해창상봉합술(급여)"는 보장항목별로 각각 1일 1회를 한도로 하여 연간 3회에 한하여 지급하며, "깁스치료" 및 "상해골절부목치료(급여)"는 각각 매 사고시, "상해고압산소치료(급여)"는 치료 1회당 보장합니다.

6 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 "상해통합치료(재활치료)" 보장항목별로 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에 "상해통합치료(재활치료)"에 해당하는 치료를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해통합치료(재활치료)"에 해당하는 치료를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

7 제6항에도 불구하고 "상해통합치료(재활치료)" 보장항목별 보험금은 보장항목별 각각의 "입원 상해재활치료(급여)" 횟수와 "통원 상해재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 15회를 한도로 합니다.

8 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 "상해통합치료(중증치료)"에 해당하는 치료를 받은 경우 아래에 정한 보장항목별 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

9 제8항의 "상해통합치료(중증치료)" 중 "상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)", "상해인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)" 및 "상해저체온요법치료(급여)"는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 지급하며, "종합병원 상해전신마취치료(급여)"는 보장항목별로 각각 치료 1회당 보장합니다.

10 제1항 내지 제9항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

11 제2항에서 "상해통합치료(진단)"의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

< 보험가입금액 2,000만원 >

구분	보장항목		지급방식	지급금액
상해통합치료(검사)	상해MRI검사(급여)		연간1회한	5만원
	상해CT검사(급여)		연간1회한	5만원
	상해골밀도검사(급여)		연간1회한	2만원
상해통합치료(진단)	통합상해진단(경증)	머리 및 목	부위별 각각 연간1회한	2만원
		몸통		
		어깨 및 위팔		
		아래팔		
		손목 및 손		
		엉덩이 및 대퇴		
		아래다리		
		발목 및 발		
		기타		
	통합상해진단(중등증)	머리 및 목	부위별 각각 연간1회한	5만원
		몸통		
		어깨 및 위팔		
		아래팔		
		손목 및 손		
		엉덩이 및 대퇴		
		아래다리		
		발목 및 발		
		기타		
	통합상해진단(중증)	머리 및 목	부위별 각각 연간1회한	50만원
		몸통		
		어깨 및 위팔		
		아래팔		
		손목 및 손		
		엉덩이 및 대퇴		
		아래다리		
		발목 및 발		
		기타		

구분	보장항목	지급방식	지급금액
상해통합치료(수술)	상해1종수술	수술1회당	5만원
	상해2종수술		10만원
	상해3종수술		30만원
	상해4종수술		300만원
	상해5종수술		500만원
	상해골절철심제거술(급여)	연간1회한	5만원
상해통합치료(주요치료)	상해특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	5만원
	상해특정시술치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	5만원
	상해특정시술치료(화상처치)(급여)	연간1회한	5만원
	상해특정시술치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	5만원
	상해특정시술치료(기타시술)(급여)	연간1회한	1만원
	상해특정마취치료(급여)	연간1회한	10만원
	상해창상봉합술치료Ⅰ(안면/경부)(급여)	연간3회한(1일1회한)	5만원
	상해창상봉합술치료Ⅱ(안면/경부)(급여)	연간3회한(1일1회한)	50만원
	상해창상봉합술치료Ⅰ(안면/경부 외)(급여)	연간3회한(1일1회한)	5만원
	상해창상봉합술치료Ⅱ(안면/경부 외)(급여)	연간3회한(1일1회한)	50만원
	깁스치료	사고당	30만원
	상해골절부목치료(급여)	사고당	5만원
	상해고압산소치료(급여)	치료1회당	5만원
상해통합치료(재활치료)	상해재활치료(경증)(급여)	연간15회한(1일1회한)	1만원
	상해재활치료(중등증)(급여)	연간15회한(1일1회한)	2만원
	상해재활치료(중증)(급여)	연간15회한(1일1회한)	5만원

구분	보장항목		지급방식	지급금액
상해통합치료(중증치료)	상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)		연간1회한	300만원
	상해인공호흡기(12시간초과)치료(급여)		연간1회한	100만원
	상해저체온요법치료(급여)		연간1회한	100만원
	종합병원 상해전신마취치료(급여)	3시간이상	치료1회당	200만원
		6시간이상	치료1회당	200만원

< 보험가입금액 4,000만원 >

구분	보장항목		지급방식	지급금액
상해통합치료(검사)	상해MRI검사(급여)		연간1회한	5만원
	상해CT검사(급여)		연간1회한	5만원
	상해골밀도검사(급여)		연간1회한	5만원
상해통합치료(진단)	통합상해진단(경증)	머리 및 목	부위별 각각 연간1회한	2만원
		몸통		
		어깨 및 위팔		
		아래팔		
		손목 및 손		
		엉덩이 및 대퇴		
		아래다리		
		발목 및 발		
		기타		
	통합상해진단(중등증)	머리 및 목	부위별 각각 연간1회한	10만원
		몸통		
		어깨 및 위팔		
		아래팔		
		손목 및 손		
		엉덩이 및 대퇴		
		아래다리		
		발목 및 발		
		기타		
	통합상해진단(중증)	머리 및 목	부위별 각각 연간1회한	100만원
		몸통		
		어깨 및 위팔		
		아래팔		
		손목 및 손		
		엉덩이 및 대퇴		
		아래다리		
		발목 및 발		
		기타		

구분	보장항목	지급방식	지급금액
상해통합치료(수술)	상해1종수술	수술1회당	10만원
	상해2종수술		20만원
	상해3종수술		50만원
	상해4종수술		500만원
	상해5종수술		1,000만원
	상해골절철심제거술(급여)	연간1회한	10만원
상해통합치료(주요치료)	상해특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	10만원
	상해특정시술치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	10만원
	상해특정시술치료(화상처치)(급여)	연간1회한	10만원
	상해특정시술치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	10만원
	상해특정시술치료(기타시술)(급여)	연간1회한	2만원
	상해특정마취치료(급여)	연간1회한	30만원
	상해창상봉합술치료Ⅰ(안면/경부)(급여)	연간3회한(1일1회한)	5만원
	상해창상봉합술치료Ⅱ(안면/경부)(급여)	연간3회한(1일1회한)	100만원
	상해창상봉합술치료Ⅰ(안면/경부 외)(급여)	연간3회한(1일1회한)	5만원
	상해창상봉합술치료Ⅱ(안면/경부 외)(급여)	연간3회한(1일1회한)	50만원
	깁스치료	사고당	50만원
	상해골절부목치료(급여)	사고당	5만원
	상해고압산소치료(급여)	치료1회당	10만원
상해통합치료(재활치료)	상해재활치료(경증)(급여)	연간15회한(1일1회한)	2만원
	상해재활치료(중등증)(급여)	연간15회한(1일1회한)	5만원
	상해재활치료(중증)(급여)	연간15회한(1일1회한)	10만원

구분	보장항목		지급방식	지급금액
상해통합치료(중증치료)	상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)		연간1회한	400만원
	상해인공호흡기(12시간초과)치료(급여)		연간1회한	100만원
	상해저체온요법치료(급여)		연간1회한	100만원
	종합병원 상해전신마취치료(급여)	3시간이상	치료1회당	300만원
		6시간이상	치료1회당	300만원

< 보험가입금액 6,000만원 >

구분	보장항목		지급방식	지급금액
상해통합치료(검사)	상해MRI검사(급여)		연간1회한	10만원
	상해CT검사(급여)		연간1회한	10만원
	상해골밀도검사(급여)		연간1회한	10만원
상해통합치료(진단)	통합상해진단(경증)	머리 및 목	부위별 각각 연간1회한	5만원
		몸통		
		어깨 및 위팔		
		아래팔		
		손목 및 손		
		엉덩이 및 대퇴		
		아래다리		
		발목 및 발		
		기타		
	통합상해진단(중등증)	머리 및 목	부위별 각각 연간1회한	20만원
		몸통		
		어깨 및 위팔		
		아래팔		
		손목 및 손		
		엉덩이 및 대퇴		
		아래다리		
		발목 및 발		
		기타		
	통합상해진단(중증)	머리 및 목	부위별 각각 연간1회한	200만원
		몸통		
		어깨 및 위팔		
		아래팔		
		손목 및 손		
		엉덩이 및 대퇴		
		아래다리		
		발목 및 발		
		기타		

구분	보장항목	지급방식	지급금액
상해통합치료(수술)	상해1종수술	수술1회당	20만원
	상해2종수술		30만원
	상해3종수술		100만원
	상해4종수술		1,000만원
	상해5종수술		2,000만원
	상해골절철심제거술(급여)	연간1회한	20만원
상해통합치료(주요치료)	상해특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	20만원
	상해특정시술치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	20만원
	상해특정시술치료(화상처치)(급여)	연간1회한	20만원
	상해특정시술치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	20만원
	상해특정시술치료(기타시술)(급여)	연간1회한	2만원
	상해특정마취치료(급여)	연간1회한	50만원
	상해창상봉합술치료 I (안면/경부)(급여)	연간3회한 (1일1회한)	5만원
	상해창상봉합술치료 II (안면/경부)(급여)	연간3회한 (1일1회한)	150만원
	상해창상봉합술치료 I (안면/경부 외)(급여)	연간3회한 (1일1회한)	5만원
	상해창상봉합술치료 II (안면/경부 외)(급여)	연간3회한 (1일1회한)	50만원
	깁스치료	사고당	50만원
	상해골절부목치료(급여)	사고당	10만원
	상해고압산소치료(급여)	치료1회당	10만원
상해통합치료(재활치료)	상해재활치료(경증)(급여)	연간15회한 (1일1회한)	2만원
	상해재활치료(중등증)(급여)	연간15회한 (1일1회한)	5만원
	상해재활치료(중증)(급여)	연간15회한 (1일1회한)	10만원

구분	보장항목		지급방식	지급금액
상해통합치료(중증치료)	상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)		연간1회한	500만원
	상해인공호흡기(12시간초과)치료(급여)		연간1회한	200만원
	상해저체온요법치료(급여)		연간1회한	100만원
	종합병원 상해전신마취치료(급여)	3시간이상	치료1회당	500만원
		6시간이상	치료1회당	500만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "상해1~5종수술"의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.
다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

2 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 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "상해골밀도검사(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "상해골밀도검사(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

4 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "상해특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "상해특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

5 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "상해특정시술치료(신경차단술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "상해특정시술치료(신경차단술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

6 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "상해특정시술치료(화상처치)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "상해특정시술치료(화상처치)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

7 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "상해특정시술치료(도수정복술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "상해특정시술치료(도수정복술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

8 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "상해특정시술치료(기타시술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "상해특정시술치료(기타시술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

9 "상해창상봉합술(급여)"의 경우 한도 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

10 "깁스치료"의 경우 같은 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

11 "상해골절부목치료(급여)"의 경우 같은 상해를 직접적인 원인으로 골절 진단후, 다수의 부목치료를 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 부목치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

12 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

13 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "상해인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "상해인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

14 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "상해저체온요법치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "상해저체온요법치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

15 "종합병원 상해전신마취치료(급여)(3시간이상)"의 마취시간은 종합병원 상해전신마취치료(급여) 1회당 마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 종합병원 상해전신마취치료(급여)를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

예 시	종합병원 상해전신마취치료(급여)(3시간이상) 보험금 지급 예시
① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주]) 20회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 보험금 지급 ② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주]) 15회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 15회 = 285분 → 보험금 지급 ③ L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주]) 10회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 보험금 지급 ④ L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주]) 5회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 5회 = 135분 → 보험금 미지급 주) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정	

16 "종합병원 상해전신마취치료(급여)(6시간이상)"의 마취시간은 종합병원 상해전신마취치료(급여) 1회당 마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 종합병원 상해전신마취치료(급여)를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

예 시	종합병원 상해전신마취치료(급여)(6시간이상) 보험금 지급 예시
① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주]) 20회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 보험금 지급 ② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주]) 15회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 15회 = 285분 → 보험금 미지급 ③ L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주]) 10회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 보험금 미지급 주) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정	

17 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "상해특정마취치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "상해특정마취치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

18 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("상해통합치료비"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "상해통합치료비"라 함은 "상해통합치료(검사)", "상해통합치료(진단)", "상해통합치료(수술)", "상해통합치료(주요치료)", "상해통합치료(재활치료)" 및 "상해통합치료(중증치료)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "상해통합치료(검사)"라 함은 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제4조("MRI검사(급여)의 정의" 및 장소)에서 정한 "MRI검사(급여)"를 받은 경우
2. 제5조("CT검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "CT검사(급여)"를 받은 경우
3. 제6조("골밀도검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "골밀도검사(급여)"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "상해통합치료(진단)"라 함은 상해의 직접결과로써 진단확정 된 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제7조(통합상해의 정의 및 진단확정)에서 정한 "통합상해(경증)"으로 진단확정 된 경우
2. 제7조(통합상해의 정의 및 진단확정)에서 정한 "통합상해(중등증)"으로 진단확정 된 경우
3. 제7조(통합상해의 정의 및 진단확정)에서 정한 "통합상해(중증)"으로 진단확정 된 경우

4 이 특별약관에서 "상해통합치료(수술)"라 함은 상해의 직접결과로써 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "1~5종수술II 분류표"(【별표11】 1~5종수술II 분류표)에서 정한 수술을 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제9조(골절(치아파절제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "골절(치아파절제외)"로 진단확정 되고 그 치료를 목적으로 제10조(상해골절 철심제거술(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 "상해골절철심제거술(급여)"을 받은 경우

5 이 특별약관에서 "상해통합치료(주요치료)"라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제11조("상해특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"를 받은 경우
2. 제11조("상해특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해특정시술치료(신경차단술)(급여)"를 받은 경우
3. 제11조("상해특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해특정시술치료(화상처치)(급여)"를 받은 경우
4. 제11조("상해특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해특정시술치료(도수정복술)(급여)"를 받은 경우
5. 제11조("상해특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해특정시술치료(기타시술)(급여)"를 받은 경우
6. 제12조("상해창상봉합술(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해창상봉합술치료 I (안면/경부)(급여)"를 받은 경우

7. 제12조("상해창상봉합술(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해창상봉합술치료II(안면/경부)(급여)"를 받은 경우
8. 제12조("상해창상봉합술(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해창상봉합술치료I(안면/경부 외)(급여)"를 받은 경우
9. 제12조("상해창상봉합술(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해창상봉합술치료II(안면/경부 외)(급여)"를 받은 경우
10. 제13조(깁스치료의 정의)에서 정한 "깁스치료"를 받은 경우
11. 상해의 직접결과로써 제9조(골절(치아파절제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "골절(치아파절제외)"로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 제14조("상해부목치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해부목치료(급여)"를 받은 경우
12. 제15조("상해고압산소치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해고압산소치료(급여)"를 받은 경우
13. 제23조("상해특정마취치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해특정마취치료(급여)"를 받은 경우

6 이 특별약관에서 "상해통합치료(재활치료)"라 함은 제7조(통합상해의 정의 및 진단확정)에서 정한 상해의 직접결과로써 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 제17조("상해재활치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해재활치료(경증)(급여)"를 받은 경우
2. 제17조("상해재활치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해재활치료(중등증)(급여)"를 받은 경우
3. 제17조("상해재활치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해재활치료(중증)(급여)"를 받은 경우

7 이 특별약관에서 "상해통합치료(중증치료)"라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 제18조("상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)"을 받은 경우
2. 제19조("상해 인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해 인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)"를 받은 경우
3. 제20조("상해저체온요법치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "상해저체온요법치료(급여)"를 받은 경우
4. 상해의 직접결과로써 종합병원에서 제21조("종합병원 상해전신마취치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "종합병원 상해전신마취치료(급여)"를 3시간 이상 받은 경우
5. 상해의 직접결과로써 종합병원에서 제21조("종합병원 상해전신마취치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "종합병원 상해전신마취치료(급여)"를 6시간 이상 받은 경우

제4조("MRI검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "MRI검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-246	자기공명영상진단(MRI)

용 어 풀 이	자기공명영상진단(MRI)
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 제1항의 "MRI검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 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, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 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.

제5조("CT검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "CT검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리 하에 전산화단층영상진단(CT)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-245	일반 전산화단층영상진단(CT)

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사	

2 제1항의 "CT검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 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 특약의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 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("골밀도검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "골밀도검사(급여)"라 함은 【별표190】(골밀도검사 분류표)에서 정한 골밀도검사 대상 "수가코드"를 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 "골밀도검사(급여)"는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 이 특약의 체결시점 이후 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.

제7조(통합상해의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합상해"라 함은 "통합상해(경증)", "통합상해(중등증)" 및 "통합상해(중증)"을 총칭합니다.

2 제1항의 "통합상해"라 함은 【별표191】(통합상해분류표)에서 정한 상해를 말합니다.

3 제1항의 "통합상해"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "통합상해"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(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 【별표11】(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 "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

제9조(골절(치아파절제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "골절(치아파절제외)"이라 함은 【별표5】(골절분류표Ⅱ(치아파절제외))에 정한 상병을 말합니다.

2 "골절(치아파절제외)"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "골절(치아파절제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조("상해골절철심제거술(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "상해골절철심제거술(급여)"이라 함은 【별표192】(골절철심제거 수술 분류표)에서 정한 골절철심제거술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 해당 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

2 제1항의 "상해골절철심제거술(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

4 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.

제11조("상해특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "상해특정시술치료(급여)"라 함은 "상해특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)", "상해특정시술치료(신경차단술)(급여)", "상해특정시술치료(화상처치)(급여)", "상해특정시술치료(도수정복술)(급여)" 및 "상해특정시술치료(기타시술)(급여)"를 총칭합니다.

2 제1항의 "상해특정시술치료(급여)"라 함은 상해의 직접결과로써 【별표193】(상해특정시술치료(급여) 분류표)에서 정한 상해특정시술치료 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 해당 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

3 제2항의 "상해특정시술치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

4 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제12조("상해창상봉합술(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "상해창상봉합술(급여)"라 함은 "상해창상봉합술치료Ⅰ(안면/경부)(급여)", "상해창상봉합술치료Ⅱ(안면/경부)(급여)", "상해창상봉합술치료Ⅰ(안면/경부 외)(급여)" 및 "상해창상봉합술치료Ⅱ(안면/경부 외)(급여)"를 총칭합니다.

2 제1항의 "상해창상봉합술(급여)"이라 함은 상해의 직접결과로써 "상해창상봉합술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "상해창상봉합술"이라 함은 【별표175】(창상봉합술(안면/경부) 대상 수가코드) 및 【별표176】(창상봉합술(안면/경부 외) 대상 수가코드)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 해당 산정 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

3 제2항의 "상해창상봉합술(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

4 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 "창상봉합술 대상 수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "창상봉합술 대상 수가코드"를 따릅니다.

5 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제13조(깁스치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "깁스치료"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, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제14조("상해부목치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "상해부목치료(급여)"라 함은 【별표195】(부목치료 대상 분류표)에서 정한 부목(Splint Cast)치료 대상 "수가코드"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 부목(Splint Cast)치료는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 부목(Splint Cast)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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제15조("상해고압산소치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "상해고압산소치료(급여)"라 함은 혈액 중 산소 농도를 높이기 위해 대기압보다 기압이 높은 방 안에서 고농도의 산소를 흡입하는 치료로서 【별표194】(고압산소치료 분류표)에서 정한 고압산소 의료행위 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 고압산소 의료행위는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 고압산소 의료행위가 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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제16조(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) 제6항에서 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) 제6항에서 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.

제17조("상해재활치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "상해재활치료(급여)"라 함은 "상해재활치료(경증)(급여)", "상해재활치료(중등증)(급여)" 및 "상해재활치료(중증)(급여)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "상해재활치료(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 자(이하 "의사"라 합니다)에 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"를 말하며 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정

한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
3 제1항의 상해재활치료(급여)는 "의사"에 의하여 상해재활치료(급여)가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
4 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
5 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제6항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제18조("상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)"이라 함은 【별표196】(지속적신대체요법(CRRT) 분류표)에서 정한 지속적신대체요법(CRRT) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
2 제1항의 "상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)"은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해지속적신대체요법(CRRT)(급여)"이 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) 제8항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제19조("상해 인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "상해 인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)"라 함은 【별표197】(인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표)에서 정한 인공호흡기(12시간초과) 치료 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
2 제1항의 "상해 인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)"는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해 인공호흡기(12시간초과) 치료"가 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) 제8항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제20조("상해저체온요법치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "상해저체온요법치료(급여)"라 함은 【별표198】(저체온요법치료 분류표)에서 정한 저체온요법치료 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
2 제1항의 "상해저체온요법치료(급여)"는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해저체온요법치료"가 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) 제8항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제21조("종합병원 상해전신마취치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "종합병원 상해전신마취치료(급여)"라 함은 "종합병원 상해전신

마취치료(급여)(3시간이상)" 및 "종합병원 상해전신마취치료(급여)(6시간이상)"을 총칭합니다.

2 제1항의 종합병원 상해전신마취치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 종합병원 상해전신마취치료(급여)가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 제22조("종합병원"의 정의)에서 정한 종합병원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "종합병원 상해전신마취치료(급여)"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 【별표199】(전신마취치료 분류표)에서 정한 전신마취치료 대상 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 하는 경우를 말하며 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

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) 제8항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제22조(종합병원의 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.

제23조("상해특정마취치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "상해특정마취치료(급여)"라 함은 【별표200】(특정마취치료 분류표)에서 정한 특정마취치료 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 단, 치과마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등은 포함되지 않습니다.

2 제1항의 "상해특정마취치료(급여)"는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "특정마취치료"가 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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제24조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 "상해1~5종수술"의 경우 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 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

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

3 제1항에도 불구하고 "상해골절철심제거술(급여)"의 경우 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제25조(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, 수술기록지, 전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 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.	

제26조(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.

제27조(특별약관의 자동갱신)

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.

제28조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제3장 질병 관련 특별약관

제3장 질병 관련 특별약관

질병 관련 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

1. 암진단비(유사암제외)(감액없음)
1-1. 암진단비(유사암제외)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 암진단비(유사암제외)(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

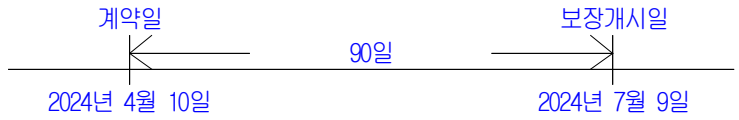
구 분	지 급 금 액
암진단비(유사암제외)(감액없음)	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 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(유사암제외)"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(【별표22】(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(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(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"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.
2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)(감액없음)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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

1-2. 암진단비(유사암제외)(감액없음)【예약】

제1조(특별약관의 체결 및 보장개시)

1 이 특별약관은 "암진단비(유사암제외)(감액없음) 특별약관" 또는 "암진단비(유사암제외)(감액없음)【갱신계약】특별약관"이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있

습니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 이 특별약관의 보장개시나이 계약해당일로 합니다.

3 제2항의 보장개시나이 계약해당일이라 함은 이 보험의 사업방법서에 따라 계약자가 선택한 시점으로, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일을 말합니다. (단, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일이 없는 경우 해당월의 마지막날로 합니다)

4 제2항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일 이전에"암진단비(유사암제외)(감액없음) 특별약관" 또는 "암진단비(유사암제외)(감액없음)【갱신계약】특별약관" 제4조(특별약관의 무효) 또는 제5조(특별약관의 소멸)에 따라"암진단비(유사암제외)(감액없음) 특별약관" 또는 "암진단비(유사암제외)(감액없음)【갱신계약】특별약관"이 무효 또는 소멸된 경우에는 이 특별약관의 보장은 개시되지 않습니다.

5 회사는 보장개시 대상 특별약관 및 보험료에 대해 이 특별약관의 보장개시일 15일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드리며, 이 특별약관의 보장개시일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관은 자동으로 보장이 개시됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "암(유사암제외)"으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단비(유사암제외)(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

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("암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(유사암제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(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.

제4조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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(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

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)(감액없음)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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

2. 유사암진단비(감액없음)
2-1. 유사암진단비(감액없음)【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 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
기타피부암 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 100%
제자리암 진단비	
경계성종양 진단비	
갑상선암 진단비	

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【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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 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 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 각각 진단받아 유사암진단비(감액없음)를 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

2-2. 유사암진단비(감액없음)【예약】

제1조(특별약관의 체결 및 보장개시)

1 이 특별약관은 "유사암진단비(감액없음) 특별약관" 또는 "유사암진단비(감액없음)【갱신계약】특별약관"이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 이 특별약관의 보장개시나이 계약해당일로 합니다.

3 제2항의 보장개시나이 계약해당일이라 함은 이 보험의 사업방법서에 따라 계약자가 선택한 시점으로, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일을 말합니다. (단, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일이 없는 경우 해당월의 마지막날로 합니다)

4 제2항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일 이전에 "유사암진단비(감액없음) 특별약관" 또는 "유사암진단비(감액없음)【갱신계약】특별약관" 제4조(특별약관의 소멸)에 따라 "유사암진단비(감액없음) 특별약관" 또는 "유사암진단비(감액없음)【갱신계약】특별약관"이 소멸된 경우에는 이 특별약관의 보장은 개시되지 않습니다.

5 회사는 보장개시 대상 특별약관 및 보험료에 대해 이 특별약관의 보장개시일 15일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드리며, 이 특별약관의 보장개시일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관은 자동으로 보장이 개시됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정 되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암진단비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

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("기타피부암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(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.

제4조("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【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있

어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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 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

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 각각 진단받아 유사암진단비(감액없음)를 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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

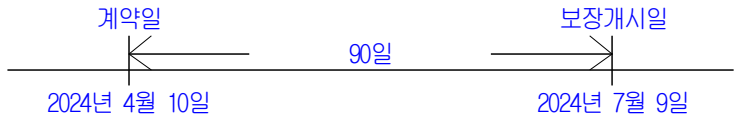
3. 다발성소아암진단비(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 다발성소아암으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 다발성소아암진단비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "다발성소아암"에 대한 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 이 경우 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 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(다발성소아암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "다발성소아암"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(다발성소아암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "다발성소아암"이라 함은 【별표25】(다발성소아암 분류표)에서 정하는 "수막의 악성신생물(암)", "뇌의악성신생물(암)", "척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)", "호지킨림프종", "소포성림프종",

"비소포성림프종", "성숙 T/NK-세포림프종", "기타 및 상세불명 유형 비호지킨 림프종", "림프성 백혈병", "골수성 백혈병", "단핵구성 백혈병", "명시된 세포형의 기타 백혈병", "상세불명 세포형의 백혈병", "림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)", "만성 골수증식질환", "만성 호산구성 백혈병"을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

2 다발성소아암의 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 다발성소아암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 다발성소아암으로 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 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 다발성소아암에 대한 암보장개시일의 전일 이전에 다발성소아암으로 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.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 다발성소아암진단비를 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(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

4. 갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 갑상선암(초기제외)으로 진단 확정되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)로 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(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 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당되는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "초기갑상선암"이라 함은 제1항에서 정한 "갑상선암" 중에서 유두암(papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)이고, 병리학적으

로 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.

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

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.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비가 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

4-1. 갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)【예약】

제1조(특별약관의 체결 및 보장개시)

1 이 특별약관은 "갑상선암(초기제외)진단비(감액없음) 특별약관" 이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 이 특별약관의 보장개시나이 계약해당일로 합니다.

3 제2항의 보장개시나이 계약해당일이라 함은 이 보험의 사업방법서에 따라 계약자가 선택한 시점으로, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일을 말합니다. (단, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일이 없는 경우 해당월의 마지막날로 합니다)

4 제2항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일 이전에 "갑상선암(초기제외)진단비(감액없음) 특별약관" 제4조(특별약관의 소멸)에 따라 "갑상선암(초기제외)진단비(감액없음) 특별약관" 소멸된 경우에는 이 특별약관의 보장은 개시되지 않습니다.

5 회사는 보장개시 대상 특별약관 및 보험료에 대해 이 특별약관의 보장개시일 15일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드리며, 이 특별약관의 보장개시일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관은 자동으로 보장이 개시됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 갑상선암(초기제외)으로 진단 확정되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

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(갑상선암(초기제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "갑상선암(초기제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(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.

제4조(갑상선암(초기제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))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.

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

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.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비가 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

5. 암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)
5-1. 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 암의 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%

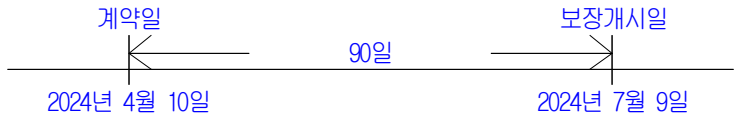
2 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

3 제1항의 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 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 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양병원은 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(【별표22】(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 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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 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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

6. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)

6-1. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)【갱신계약】

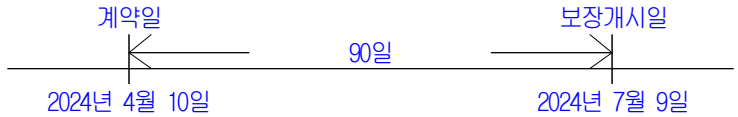
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

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 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에

따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(【별표22】(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(유사암 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(유사암 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(유사암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 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(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 "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)

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(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(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암 제외)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

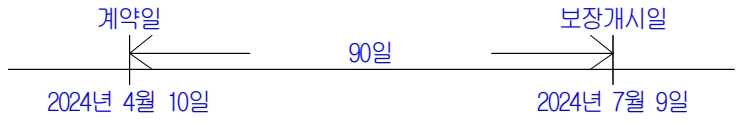
7. 10대고액치료비암진단비(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 10대고액치료비암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 10대고액치료비암으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 10대고액치료비암진단비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 "10대고액치료비암"에 대한 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(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(【별표26】(10대고액치료비암 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 상기분류에서 제외합니다.

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 10대고액치료비암의 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 10대고액치료비암에 대한 암보장개시일의 전일 이전에 10대고액치료비암으로 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대고액치료비암진단비가 지급된 경우에는 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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및

만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

8. 뇌졸중진단비(감액없음)
8-1. 뇌졸중진단비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 뇌졸중진단비(감액없음)로 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(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 【별표27】(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 전산화 단층촬영(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 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 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 뇌졸중진단비(감액없음)가 지급된 경우에는 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

8-2. 뇌졸중진단비(감액없음)【예약】

제1조(특별약관의 체결 및 보장개시)

1 이 특별약관은 "뇌졸중진단비(감액없음) 특별약관" 또는 "뇌졸중진단비(감액없음) 【갱신계약】특별약관" 또는 "뇌졸중진단비(태아가입) 특별약관" 또는 "뇌졸중진단비(태아가입)【갱신계약】특별약관"이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 이 특별약관의 보장개시나이 계약해당일로 합니다.

3 제2항의 보장개시나이 계약해당일이라 함은 이 보험의 사업방법서에 따라 계약자가 선택한 시점으로, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일을 말합니다. (단, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일이 없는 경우 해당월의 마지막날로 합니다)

4 제2항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일 이전에 "뇌졸중진단비(감액없음) 특별약관" 또는 "뇌졸중진단비(감액없음)【갱신계약】특별약관"의 제4조(특별약관의 소멸)에 따라 "뇌졸중진단비(감액없음) 특별약관" 또는 "뇌졸중진단비(감액없음)【갱신계약】특별약관"이 소멸되거나, "뇌졸중진단비(태아가입) 특별약관" 또는 "뇌졸중진단비(태아가입)【갱신계약】특별약관"의 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 "뇌졸중진단비(태아가입) 특별약관" 또는 "뇌졸중진단비(태아가입)【갱신계약】특별약관"이 소멸된 경우에는 이 특별약관의 보장은 개시되지 않습니다.

5 회사는 보장개시 대상 특별약관 및 보험료에 대해 이 특별약관의 보장개시일 15일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드리며, 이 특별약관의 보장개시일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관은 자동으로 보장이 개시됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중진단비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

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(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌졸중"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(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.

제4조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표27】(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 전산화 단층촬영(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 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 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(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비(감액없음)가 지급된 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

9. 뇌출혈진단비(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 뇌출혈진단비(감액없음)로 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(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 【별표28】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "뇌출혈"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 전산화 단층촬영(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 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 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 뇌출혈진단비(감액없음)가 지급된 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

10. 급성심근경색증진단비(감액없음)
10-1. 급성심근경색증진단비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 급성심근경색증진단비(감액없음)로 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(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 【별표29】(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 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 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 경우에는 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

10-2. 급성심근경색증진단비(감액없음)【예약】

제1조(특별약관의 체결 및 보장개시)

1 이 특별약관은 "급성심근경색증진단비(감액없음) 특별약관" 또는 "급성심근경색증진단비(감액없음)【갱신계약】특별약관"이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 이 특별약관의 보장개시나이 계약해당일로 합니다.

3 제2항의 보장개시나이 계약해당일이라 함은 이 보험의 사업방법서에 따라 계약자가 선택한 시점으로, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일을 말합니다. (단, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일이 없는 경우 해당월의 마지막날로 합니다)

4 제2항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일 이전에 "급성심근경색증진단비(감액없음) 특별약관" 또는 "급성심근경색증진단비(감액없음)【갱신계약】특별약관" 제4조(특별약관의 소멸)에 따라 "급성심근경색증진단비(감액없음) 특별약관" 또는 "급성심근경색증진단비(감액없음)【갱신계약】특별약관"이 소멸된 경우에는 이 특별약관의 보장은 개시되지 않습니다.

5 회사는 보장개시 대상 특별약관 및 보험료에 대해 이 특별약관의 보장개시일 15일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드리며, 이 특별약관의 보장개시일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관은 자동으로 보장이 개시됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

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(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(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.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표29】(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 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 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

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비(감액없음)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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

11. 양성뇌종양진단비
11-1. 양성뇌종양진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 양성뇌종양으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 양성뇌종양진단비로 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(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 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

12. 말기신부전증진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 말기신부전증으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기신부전증진단비로 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(말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "말기신부전증"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(말기신부전증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "말기신부전증"이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 콩팥병(제9차 한국표준질병·사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

2 "말기신부전증"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "말기신부전증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

13. 충수염(맹장염)수술비
13-1. 충수염(맹장염)수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 충수염(맹장염)으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 수술 1회에 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 특별약관에 있어서 "충수염(맹장염)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "충수염(맹장염)"으로 분류되는 질병(【별표30】(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 "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(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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

14. 식중독입원일당(4일이상)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 식중독으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 4일 이상 계속 입원한 경우에는 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독입원일당(4일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 식중독입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 식중독입원일당은 같은 "식중독"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 식중독입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

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

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

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 식중독의 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(식중독의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "식중독"이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 【별표31】(식중독 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

2 "식중독"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 "식중독"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

15. 특정법정감염병진단비

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 특정법정감염병 IV	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	특정법정감염병 II 특정법정감염병 III	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 계약자적

립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(특정법정감염병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어 "특정법정감염병"이라 함은【별표32】(특정법정감염병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정법정감염병"의 진단확정은 감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관(【별표32-1】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(진단서, 진료비계산서, 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

16. 당뇨병수술비

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(당뇨병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "당뇨병"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 당뇨병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제5항의 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(당뇨병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "당뇨병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "당뇨병"으로 분류되는 질병(【별표33】(당뇨병 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "당뇨병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "당뇨병"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 "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.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

17. 시청각질환수술비

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(시청각질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "시청각질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 시청각질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제5항의 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(시청각질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "시청각질환"이라 함은 【별표34】(시청각질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "시청각질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "시청각질환"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 "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.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

18. 호흡기관련질병수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(호흡기관련질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "호흡기관련질병"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기관련질병수술비로 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(호흡기관련질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "호흡기관련질병"이라 함은 【별표35】(호흡기관련질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "호흡기관련질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "호흡기관련질병"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 "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(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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

19. 질병입원일당(1일이상)Q
19-1. 질병입원일당(1일이상)Q【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

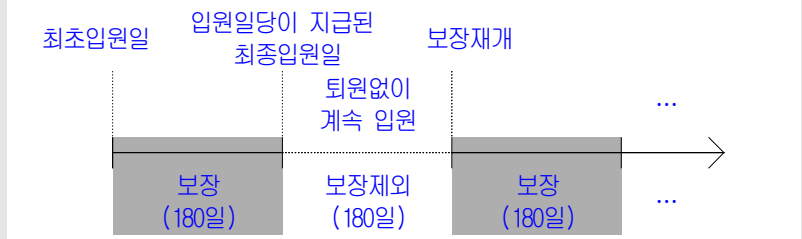
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 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 최종입원의 퇴원일부터 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.

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 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 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

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

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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

20. 조혈모세포이식수술비

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(조혈모세포이식의 정의)

이 특별약관에 있어서 "조혈모세포이식"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료 시 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 조혈

모세포를 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 "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(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

21. 중대한재생불량성빈혈진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단 확정)에서 정한 중대한재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중대한재생불량성빈혈진단비로 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(중대한재생불량성빈혈의 정의

및 진단확정)에서 정한 "중대한재생불량성빈혈"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(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "중대한재생불량성빈혈"이라 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 "중대한재생불량성빈혈"의 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 "중대한재생불량성빈혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

22. 중대한가와사키·류마티스열진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(심장합병증을 동반한 가와사키병의 정의 및 진단확정)에서 정한 심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication) 또는 제4조(판막손상을 동반한 류마티스열의 정의 및 진단확정)에서 정한 판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)로 진단 확정시에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한가와사키·류마티스열진단비로 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(심장합병증을 동반한 가와사키병의 정의 및 진단확정) 및 제4조(판막손상을 동반한 류마티스열의 정의 및 진단확정)에서 정한 "심장합병증을 동반한 가와사키병" 또는 "판막손상을 동반한 류마티스열"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(심장합병증을 동반한 가와사키병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)"이라 함은 해당 전문의에 의해 가와사키병으로 진단되고 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장 관상동맥(심장동맥)의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.

2 "심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(판막손상을 동반한 류마티스열의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "판막손상을 동반한 류마티스 열(Rheumatic fever with valvular impairment)"이라 함은 해당 전문의에 의해 류마티스열로 진단되고, 심초음파상 반드시 류마티스열에 의한 한 개 이상의 심장판막 손상이 있어야 합니다.

② "판막손상을 동반한 류마티스 열(Rheumatic fever with valvular impairment)"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "판막손상을 동반한 류마티스 열(Rheumatic fever with valvular impairment)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한가와사키·류마티스열진단비를 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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

23. 어린이개흉심장수술비

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "개흉심장수술"을 받은 경우 에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 어린이개흉심장수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "개흉심장수술"이라 함은 의사에 의하여 심장병의 근본적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 "심장병"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 반드시 개흉술을 한 후 심장의 병변에 대해 수술하는 것을 말합니다. 그러나 개흉술을 동반하지 않는 수술, 중재적 심장시술[(예)풍선판막성형술(Ballon Valvuloplasty) 등]은 모두 보장에서 제외합니다.

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(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

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 어린이개흉심장수술비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

24. 중증세균성수막염진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(중증 세균성 수막염의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증 세균성 수막염으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증세균성수막염진단비로 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(중증 세균성 수막염의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중증 세균성 수막염"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(중증 세균성 수막염의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "중증 세균성 수막염"이라 함은 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성 수막염은 제외)으로 인한 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서, 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 분류번호 G00(달리 분류되지 않은 세균성 수막염), G01(달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염)에 해당되는 질환으로

1. 척수액에서 세균의 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막 자극 증상이 있으면서 척수액 소견에 백혈구수 증가와 당 감소, 단백증가가 있고
2. 동시에 아래와 같은 뇌영상 검사상의 이상 소견과 함께 그 결과로 "중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍"을 보여야 합니다. 이때 진단확정은 해당분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "중증 세균성 수막염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

2 상기에서 "뇌영상 검사상의 이상 소견"이라 함은 뇌자기공명(MRI), 전산화단층촬영(CT)등에서 경막하삼출(subdural effusion) 수두증(Hydrocephalus), 뇌종양(Brain abscess), 뇌경색(Cerebral infarction), 뇌위축(Brain atrophy), 경막하혈종 (Subdural hematoma), 뇌기형(Megacisterna magna), 국소적 허혈(Focal infartion), 작은종괴(Mass), 뇌수막의 조영증강(Meningeal enhancement)의 이상소견이 나타나는 것을 말합니다. 이때 이 소견들은 "중증 세균성 수막염"의 특징적 소견이 발병한 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

3 상기에서 "중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍"이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 증후(sign)로 나타난 장애로서 장해분류표상 신경계, 정신행동장해의 해당지급률 25% 이상인 장해상태를 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증세균성수막염진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

25. 소아백혈병진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(소아백혈병의 정의 및 진단확정)에서 정한 소아백혈병으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 소아백혈병진단비로 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(소아백혈병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "소아백혈병"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(소아백혈병의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "소아백혈병"이라 함은 악성으로 변형된 조혈세포가 골수 및 림프조직에서 악성변형이 초래된 후 말초혈액으로 출현하고 다른 조직으로 침윤하는 것을 특징으로 하는 질병으로 제9차 한국표준질병·사인분류 중 【별표36】((소아백혈병 대상 질병 분류표) 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

2 "소아백혈병"의 진단 확정은 해당 전문의에 의해 임상학적으로 진단되고 병리전문의에 의해 골수조직검사 및 혈액검사로 진단되어야 합니다. 또한, 회사가 "소아백혈병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 소아백혈병진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

26. 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액	지급시기 및 지급횟수
이 특별약관의 보험가입금액 5% 해당액	매년 지급사유 발생해당일에 20년간 확정지급(20회)

예 시	보험가입금액 1,000만원		
총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,000만원	가입금액의 5%× 20회	1,000만원	50만원

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일
최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일 => 지급사유 발생해당일: 10월 1일 예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일 => 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 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 진단 확정일부터 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 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 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 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이미 지급받은 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 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 특별약관

의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

27. 질병수술비
27-1. 질병수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 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

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 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 시

력개선 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 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.

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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

28. 질병수술비(백내장제외)
28-1. 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 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(백

내장제외)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

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 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 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.

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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

29. 종합병원 질병입원일당(1일이상)Q

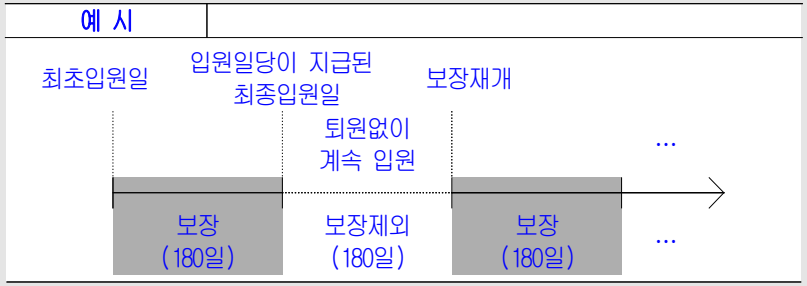
제1조(보험금의 지급사유)

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 최종입원의 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("종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

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

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

30. 질병1~5종수술비II(매회지급)
30-1. 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"(【별표185】 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 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 【별표185】(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 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(특별약관의 자동갱신)

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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

31. 질병사망
31-1. 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 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

32. 십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "십자인대질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "십자인대수술(급여)"를 받은 때에 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 십자인대수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
십자인대수술비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("십자인대질환" 및 "십자인대수술(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "십자인대질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표158】(십자인대질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "십자인대수술(급여)"이라 함은 넙다리뼈와 정강뼈 사이의 무릎관절 안에 위치한 전방십자인대 또는 후방십자인대가 파열되어 십자인대를 접합, 성형 또는 재건하는 수술을 말합니다.

3 제2항의 "십자인대수술(급여)"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 【별표159】(십자인대수술(급여) 분류표)에 해당하는 진료행위를 말하며, "십자인대질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제2항 내지 제3항에도 불구하고, 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 "십자인대수술(급여)" 에 준하여 "십자인대수술(급여) 대상 수가코드"를 결정합니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 인하여 제3항에서 정한 "십자인대수술(급여)"외에 "십자인대수술(급여)"에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("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.

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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

33. 만성당뇨합병증진단비(감액없음)

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
만성당뇨합병증진단비	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 진단확정)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 【별표164】(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 조영술을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및

만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

34. 질병중환자실입원일당(1일이상)Q
34-1. 질병중환자실입원일당(1일이상)Q【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(【별표10】 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 질병중환자실입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병중환자실입원일당에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 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 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

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

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 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.

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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

35. 원형탈모증진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 원형탈모증으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 원형탈모증진단비로 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(원형탈모증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "원형탈모증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표44】(원형탈모증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "원형탈모증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(치과의사 제외)의 피부과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 원형탈모증진단비가 지급된 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

36. 뇌혈관질환수술비
36-1. 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 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환수술비로 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(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(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 전산화 단층촬영(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 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(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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

37. 모야모야병개두수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표41】(모야모야병 분류표)에서 정한 모야모야병(이하 "모야모야병"이라 합니다)으로 진단이 확정되고 그 모야모야병의 치료를 직접적인 목적으로 "모야모야병 개두수술"을 받은 때에 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 모야모야병개두수술비로 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(모야모야병 개두수술의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "모야모야병 개두수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "모야모야병"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 개두를 동반한, 직접 혈관문합술(Direct revascularization), 간접 혈관문합술(Indirect revascularization), 병합 혈관문합술(Combined revascularization), 혈종제거술(Hematoma evacuation) 등의 수술을 한 것을 말합니다.

② 제1항의 "모야모야병"이라 함은 속목동맥의 말단부 혹은 중간대뇌동맥의 기시부가 서서히 폐색되는 질환으로서 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "모야모야병"으로 분류되는 질병(【별표41】(모야모야병 분류표) 참조)을 말합니다.

③ "모야모야병"의 진단 확정은 임상증상(병력, 신경학적 검사 등)과 함께 영상학적 진단(CT, MRI/MRA, Cerebral angiography)을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "모야모야병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 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 "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(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 모야모야병개두수술비를 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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

38. 소아탈장수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표42】(소아탈장 분류표)에서 정한 소아탈장(이하 "소아탈장"이라 합니다)으로 진단이 확정되고 그 소아탈장의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 소아탈장수술비로 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(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	

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

39. 5대기관질병수술비(최초1회한)(감액없음)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 10개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 뇌질환 관혈수술비 보장	· 뇌질환 비관혈수술비 보장
· 심장질환 관혈수술비 보장	· 심장질환 비관혈수술비 보장
· 간질환 관혈수술비 보장	· 간질환 비관혈수술비 보장
· 폐질환 관혈수술비 보장	· 폐질환 비관혈수술비 보장
· 신장질환 관혈수술비 보장	· 신장질환 비관혈수술비 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환 또는 신장질환으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 각각의 질병에 대하여 관혈수술, 비관혈수술 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 5대기관질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액
5대기관 질병수술비	관혈수술 (세부보장별 최초1회)	관혈수술비 보장의 보험가입금액 100%
	비관혈수술 (세부보장별 최초1회)	비관혈수술비 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(뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환이라 함은 【별표43】(5대기관질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 뇌질환의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 하며, 심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환의 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 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 "관혈수술"이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, "대뇌내시경", "복강경하수술", "흉강경하수술"은 관혈수술에 준하여 보장합니다.

⑤ "비관혈수술"은 "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"을 말합니다.

1. "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, "대뇌내시경, "복강경하수술", "흉강경하수술"은 제외합니다.
2. "카테터수술"이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.
3. "신의료수술"이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대 기관별 특정질환의 직접치료를 목적으로 하는 "치료적 방사선 조사"를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.

⑥ 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 5대기관질병수술비를 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 5대기관질병수술비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 수술비에 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.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

40. 특정갑상선기능저하증진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정갑상선기능저하증으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 특정갑상선기능저하증진단비로 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(특정갑상선기능저하증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정갑상선기능저하증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표45】(특정갑상선기능저하증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정갑상선기능저하증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정갑상선기능저하증진단비가 지급된 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

41. 질병80%이상후유장해

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단 확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 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)에서 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 질병80%이상후유장해보험금을 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 질병80%이상후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병80%이상후유장해보험금에서 이미 지급받은 질병80%이상후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 질병80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 질병80%이상후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 질병80%이상후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 질병80%이상후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금이 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.

제4조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

42. 누적외상성질환(VDT증후군)입원일당(1일이상)

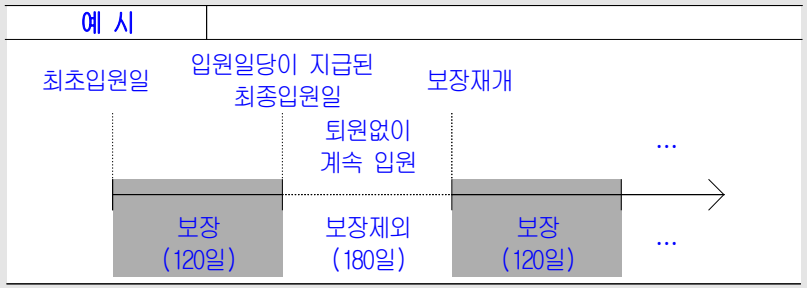
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "누적외상성질환(VDT증후군)"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 누적외상성질환(VDT증후군)입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 누적외상성질환(VDT증후군)입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 누적외상성질환(VDT증후군)입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 "누적외상성질환(VDT증후군)"에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 누적외상성질환(VDT증후군)입원일당을 계속 지급합니다.

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

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 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(누적외상성질환(VDT증후군)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "누적외상성질환(VDT증후군)"이라 함은 【별표47】(누적외상성질환(VDT증후군) 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

2 "누적외상성질환(VDT증후군)"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 "누적외상성질환(VDT증후군)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

43. 뇌혈관질환진단비(감액없음)
43-1. 뇌혈관질환진단비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 뇌혈관질환진단비(감액없음)로 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(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 【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "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 "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 뇌혈관질환진단비(감액없음)이 지급된 경우에는 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

44. 허혈성심장질환진단비(감액없음)
44-1. 허혈성심장질환진단비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 허혈성심장질환진단비(감액없음)로 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(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 【별표49】(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 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 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 허혈성심장질환진단비(감액없음)가 지급된 경우에는 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

45. 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액	지급시기 및 지급횟수
이 특별약관의 보험가입금액 5% 해당액	매년 지급사유 발생해당일에 20년간 확정지급(20회)

예 시	보험가입금액 1,000만원		
총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,000만원	가입금액의 5%× 20회	1,000만원	50만원

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일
최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일 => 지급사유 발생해당일: 10월 1일 예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일 => 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날	

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 이

르지 않는 후유장해에 대하여는 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 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 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이미 지급받은 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 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.

제4조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

46. 재진단암진단비
46-1. 재진단암진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 "암진단비(유사암 제외)(감액없음) 특별약관" 또는 "암진단비(유사암제외)(감액없음)【갱신계약】 특별약관"이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

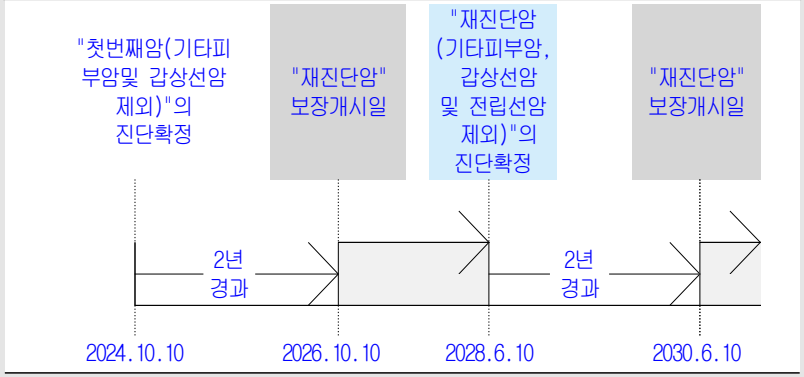
제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "재진단암 보장개시일" 이후에 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 재진단암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 보통약관 제1절 일반조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1항의 "재진단암 보장개시일"은 다음 각 호를 따릅니다.

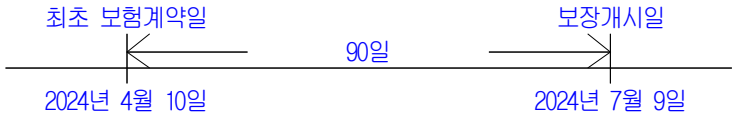
1. 첫 번째 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)" :제3항에서 정한 "첫번째암 보장개시일" 이후 최초로 발생한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"(이하 "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)" : 직전 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)" 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신된 계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

예 시	재진단암 보장개시일



3 제2항 제1호의 "첫번째암 보장개시일"이라 함은 최초 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 첫 번째암 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	첫번째암 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세이만 피보험자의 경우, 첫 번째암의 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 첫번째암 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

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("암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제10조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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)" 또는 "첫번째암(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 "전립선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"이라

함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암" 및 제5항에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병으로 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "재진단암 보장개시일" 이후 진단 확정된 다음 각 호의 암을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

7 제6항에서 "새로운 원발암"이란 원발부위에 발생한 암으로 "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"과 다른 조직병리학적 특성(Histopahthological Appearance)을 가진 "암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"(이하 "새로운 원발암"이라 합니다)을 말합니다.

8 제6항에서 "전이암"이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"을 말합니다.

9 제6항에서 "재발암"이란 "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"으로 인하여 새롭게 "암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"을 말합니다.

10 제6항에서 "잔여암"이란 "암보장개시일" 이후 발생한 "암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)" 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

11 제10항의 "암보장개시일"은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 또는 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 "암보장개시일"은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

12 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암" 및 제5항에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다.

13 "암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)", "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암" 또는 "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 "암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)", "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암" 또는 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)", "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암" 또는 "전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

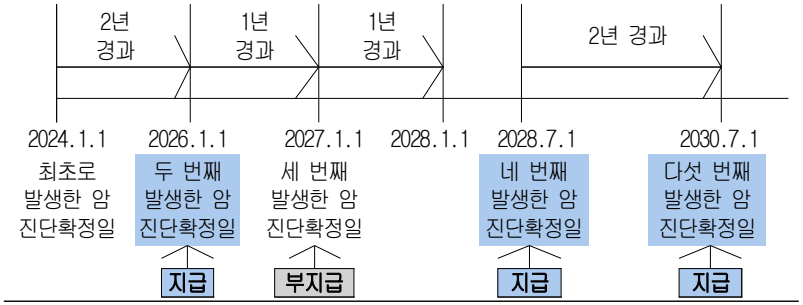
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

14 "재진단암(기타피부암, 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 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외합니다.

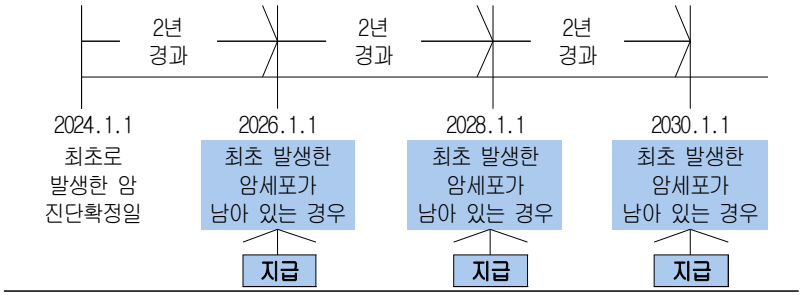
예 시 1	제6항 제1호 내지 제3호의 예시

· 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



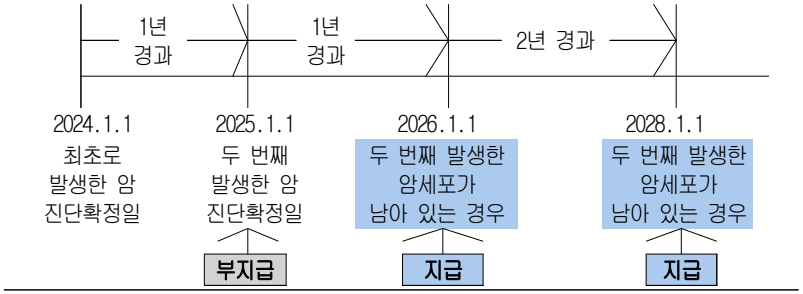
예 시 2	제6항 제4호의 예시

· 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



예 시 3	제6항 제4호의 예시

· 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



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(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

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 이외에 제2조(보험금의 지급사유)의 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년 내에 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제6항 제1호 내지 제4호의 "암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"으로 진단 확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제9조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 "첫번째암 보장개시일"의 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 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.

2 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸되며, 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

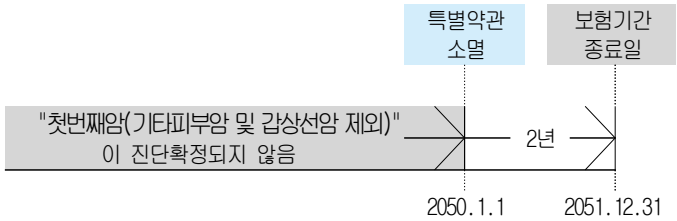
1. "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
2. 피보험자가 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"으로 진단 확정되어 재진단암진단비가 지급되고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

용 어 풀 이	최종 갱신종료일

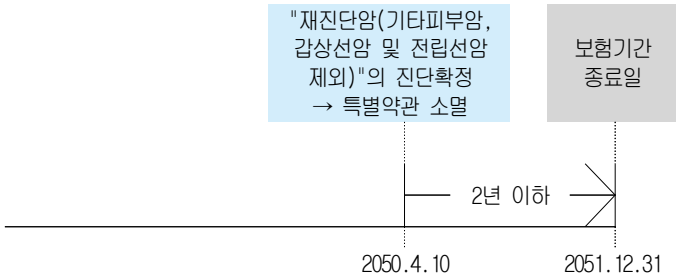
이 특별약관이 더 이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.

예 시	재진단암진단비 특별약관의 소멸 제2항

· **제1호 : "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이 진단확정되지 않고, 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우**



· **제2호 : "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)" 진단확정 시점에 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우**



제11조(특별약관의 자동갱신)

1 회사는 이 특별약관의 【갱신계약】의 경우 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보험료를 정상적으로 납입 완료한 경우에 한하여 이 특별약관을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 "갱신계약"이라 합니다)

2 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간으로 합니다.
3 제2항에도 불구하고 이 특별약관의 갱신시점에서 (갱신종료나이-2)세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-2)세까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-2)세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.
4 제2항 및 제3항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-2)세까지 "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-2)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.
5 회사는 갱신계약에 대하여 보험증권에 그 내용을 기재해 드립니다.
6 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.

제12조(자동갱신 적용)

1 회사는 제11조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 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 제11조(특별약관의 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	5세의 피보험자가 10년만기로 갱신하는 경우

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 계약보험료는 가입시점의 5세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 10년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(5세 → 15세)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(25세 → 35세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

예 시	5세의 피보험자가 10년만기로 갱신하는 경우

구 분	5세	15세	25세	35세	…	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
:	:	:	:	:	:	

제13조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

1 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제11조(특별약관의 자동갱신)에 의해 특별약관이 자동갱신된 경우에는 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신 일까지 납입하여야 합니다.
2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지

않은 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(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 갱신계약은 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.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 또는 "재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)"으로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

47. 특정바이러스질환진단비(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정바이러스질환"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 특정바이러스질환진단비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 "특정바이러스질환"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 【별표39】(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 특정바이러스질환진단비(감액없음)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.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

48. 질병수술입원일당(20일한도)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 아래 각 호에 모두 해당하는 경우(이하, "수술입원"이라 합니다)에는 "수술"일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

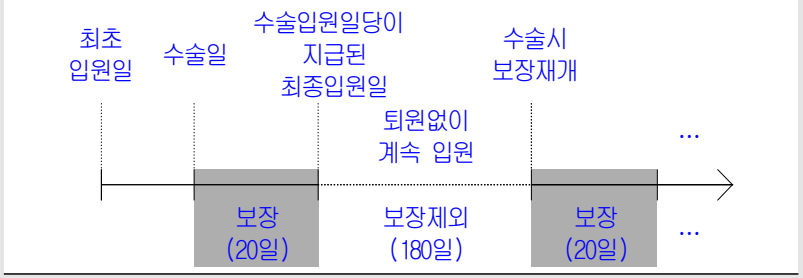
1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우.
3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
4. 상기 "수술"은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

2 제1항의 질병수술입원일당의 지급일수는 1회 "수술입원"당 "수술"일로부터 20일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술입원일당은 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 "수술"을 받은 경우에는 또 다른 "수술입원"으로 보아 "수술"일로부터 입원 1일당 질병수술입원일당을 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병입원수술일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

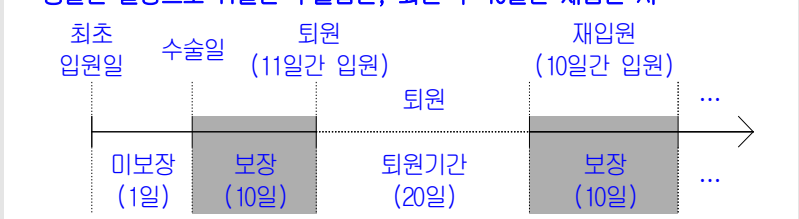
예 시



2 "수술"이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 "수술입원"으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

예 시

· 동일한 질병으로 11일간 수술입원, 퇴원 후 10일간 재입원 시



3 피보험자가 보장개시일 이후 "수술입원"하여 치료를 받던 중에 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 "수술입원"에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 질병수술입원일당을 계속 지급합니다.

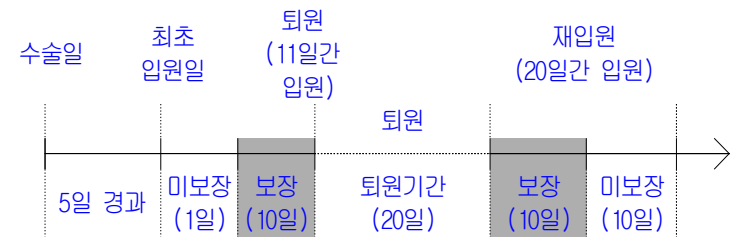
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 최초의 "수술입원" 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 "수술입원"한 것으로 보아 제2항에 따라 각 입원일수를 더합니다.

6 "수술"이 입원기간동안 시행되지 않은 경우 "수술"은 동일한 질병의 치료를 목적으로 하는 최초 입원일 2일째 날에 시행된 것으로 간주합니다.

예 시	

· "수술"하고 5일 경과 후 동일한 질병 치료를 위해 11일 입원, 퇴원 후 20일간 재입원시



7 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. 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
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

용 어 풀 이	심신상실

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 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 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술에 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)

4 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술에 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

5 제3항 및 제4항에도 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(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(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.

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	

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

49. 질병으로인한 3대시각질환수술비

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "질병으로인한 3대시각질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병으로인한 3대시각질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 제5조(수술의 정의와 장소) 제5항의 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(질병으로인한 3대시각질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "질병으로인한 3대시각질환"이라 함은 【별표50】(질병으로인한 3대시각질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "질병으로인한 3대시각질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "질병으로인한 3대시각질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 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
6. 상해의 직접결과로 인한 수술. (다만, 이 특별약관에서 정한 질병을 동반하는 경우에는 보험금을 지급합니다)

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(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.

5 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

49-1. 질병으로인한 3대시각질환수술비【예약】

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "질병으로인한 3대시각질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병으로인한 3대시각질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

3 제1항에도 불구하고 제5조(수술의 정의와 장소) 제5항의 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(질병으로인한 3대시각질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "질병으로인한 3대시각질환"이라 함은 【별표50】(질병으로인한 3대시각질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "질병으로인한 3대시각질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "질병으로인한 3대시각질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 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
6. 상해의 직접결과로 인한 수술. (다만, 이 특별약관에서 정한 질병을 동반하는 경우에는 보험금을 지급합니다)

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(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.

5 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

50. 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "질병으로인한 3대시각질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)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(질병으로인한 3대시각질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "질병으로인한 3대시각질환"이라 함은 【별표50】(질병으로인한 3대시각질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "질병으로인한 3대시각질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "질병으로인한 3대시각질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 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
6. 상해의 직접결과로 인한 수술. (다만, 이 특별약관에서 정한 질병을 동반하는 경우에는 보험금을 지급합니다)

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(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.

⑤ 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

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 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)을 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.

제7조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

50-1. 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)【예약】

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "질병으로인한 3대시각질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 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(질병으로인한 3대시각질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "질병으로인한 3대시각질환"이라 함은 【별표50】(질병으로인한 3대시각질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "질병으로인한 3대시각질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "질병으로인한 3대시각질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 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
6. 상해의 직접결과로 인한 수술. (다만, 이 특별약관에서 정한 질병을 동반하는 경우에는 보험금을 지급합니다)

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(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.

5 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

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 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또

는 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 질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)을 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.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

51. 특정희귀난치성질환수술비

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정희귀난치성질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정희귀난치성질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제5항의 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(특정희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정희귀난치성질환"이라 함은【별표51】(특정희귀난치성질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "특정희귀난치성질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "특정희귀난치성질환"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 "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.

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.

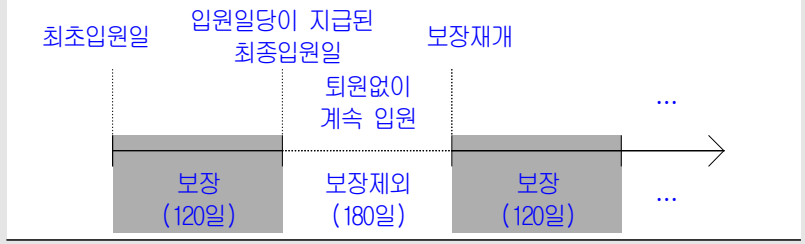
제6조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

52. 특정희귀난치성질환입원일당(1일이상)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정희귀난치성질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정희귀난치성질환입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 특정희귀난치성질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)의 특정희귀난치성질환입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 특정희귀난치성질환입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다. 다만 아래와 같이 특정희귀난치성질환입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 특정희귀난치성질환입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시	



2 피보험자가 "특정희귀난치성질환"보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 특정희귀난치성질환입원일당(1일이상)을 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 특정희귀난치성질환입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 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(특정희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "특정희귀난치성질환"이라 함은【별표51】(특정희귀난치성질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 제1항의 "특정희귀난치성질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "특정희귀난치성질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(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.

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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

53. 약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 약제내성결핵(슈퍼결핵)으로 진단이 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비로 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(약제내성결핵(슈퍼결핵)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "약제내성결핵(슈퍼결핵)"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(약제내성결핵(슈퍼결핵)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "약제내성결핵(슈퍼결핵)"이라 함은 【별표52】(약제내성결핵(슈퍼결핵) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 위 제1항의 "약제내성결핵(슈퍼결핵)"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "약제내성결핵(슈퍼결핵)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비 보험금을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

53-1. 약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비【예약】

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 약제내성결핵(슈퍼결핵)으로 진단이 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 7세 계약해당일로 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 전문

의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(약제내성결핵(슈퍼결핵)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "약제내성결핵(슈퍼결핵)"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(약제내성결핵(슈퍼결핵)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "약제내성결핵(슈퍼결핵)"이라 함은 【별표52】(약제내성결핵(슈퍼결핵) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 위 제1항의 "약제내성결핵(슈퍼결핵)"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "약제내성결핵(슈퍼결핵)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비 보험금을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

54. 결핵진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 결핵으로 진단이 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 결핵진단비로 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(결핵의 정의 및 진단확정)에서 정한 "결핵"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(결핵의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "결핵"이라 함은 【별표53】(결핵 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 위 제1항의 "결핵"의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "결핵"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵진단비 보험금을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

55. 허혈성심장질환수술비
55-1. 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 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환수술비로 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(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표49】(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 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(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)
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)
① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

56. 척추측만증수술비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "척추측만증"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 척추측만증수술비로 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(척추측만증의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 "척추측만증"이라 함은 "척추측만증 분류표"(【별표54】(척추측만증 분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
② 제1항의 "척추측만증"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "척추측만증"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 "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(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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

57. 뇌졸중진단비(태아가입)
57-1. 뇌졸중진단비(태아가입)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중 또는 신생아뇌출혈로 진단확정된(단, 뇌졸중 및 신생아뇌출혈은 각각 1회 진단확정에 한합니다) 경우에는 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래의 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 뇌졸중진단비를 지급받은 이후에 신생아뇌출혈로 진단확정시 신생아뇌출혈진단비를 지급하지 않습니다.

구 분	지 급 금 액
뇌졸중진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 100%
신생아뇌출혈진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 20%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌졸중진단비 및 신생아뇌출혈진단비는 보험가입금액을 한도로 합니다.
2 보험수익자와 회사가 제3조(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.
3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제5조(뇌졸중 및 신생아뇌출혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌졸중" 또는 "신생아뇌출혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(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.

제5조(뇌졸중 및 신생아뇌출혈의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 및 "신생아뇌출혈"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표55】(뇌졸중 및 신생아뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "뇌졸중" 및 "신생아뇌출혈"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.
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 뇌졸중 및 신생아뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중 및 신생아뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비(신생아뇌출혈진단비 제외)가 지급된 경우에는 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)
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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

58. 뇌출혈진단비(태아가입)

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈 또는 신생아뇌출혈로 진단확정된(단, 뇌출혈 및 신생아뇌출혈은 각각 1회 진단확정에 한합니다) 경우에는 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래의 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 뇌출혈진단비를 지급받은 이후에 신생아뇌출혈로 진단확정시 신생아뇌출혈진단비를 지급하지 않습니다.

구 분	지 급 금 액
뇌출혈진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 100%
신생아뇌출혈진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 20%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌출혈진단비 및 신생아뇌출혈진단비는 보험가입금액을 한도로 합니다.
2 보험수익자와 회사가 제3조(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.
3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제5조(뇌출혈 및 신생아뇌출혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌출혈" 또는 "신생아뇌출혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(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.

제5조(뇌출혈 및 신생아뇌출혈의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "뇌출혈" 및 "신생아뇌출혈"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표56】(뇌출혈 및 신생아뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "뇌출혈" 및 "신생아뇌출혈"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.
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 뇌출혈 및 신생아뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈 및 신생아뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비(신생아뇌출혈진단비 제외)가 지급된 경우에는 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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

59. 뇌혈관질환진단비(태아가입)
59-1. 뇌혈관질환진단비(태아가입)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환 또는 신생아뇌출혈로 진단 확정된(단, 뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈은 각각 1회 진단확정에 한합니다) 경우에는 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 뇌혈관질환진단비를 지급받은 이후에 신생아뇌출혈로 진단 확정시 신생아뇌출혈진단비를 지급하지 않습니다.

구 분	지 급 금 액
뇌혈관질환진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 100%
신생아뇌출혈진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 20%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌혈관질환진단비 및 신생아뇌출혈진단비는 보험가입금액을 한도로 합니다.
2 보험수익자와 회사가 제3조(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.
3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제5조(뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌혈관질환" 또는 "신생아뇌출혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제5조(뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 및 "신생아뇌출혈"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표57】(뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "뇌혈관질환" 및 "신생아뇌출혈"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.
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 뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제6조(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.	

제7조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비(신생아뇌출혈진단비 제외)가 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되

며 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)
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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

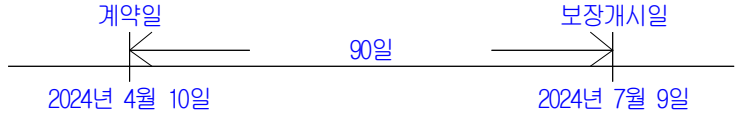
60. 항암방사선치료비(감액없음)
60-1. 항암방사선치료비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

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 항암방사선치료비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암의 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 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.
3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

5 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 제1항 제1호의 항암방사선치료비를 지급받은 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 항암방사선치료비를 지급하지 않습니다.
6 "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("암" 등의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암 보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단 확정되어 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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의

납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

61. 항암약물치료비(감액없음)
61-1. 항암약물치료비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

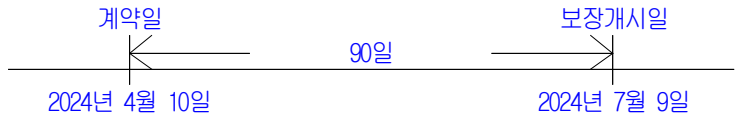
1 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암" 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암약물치료비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암의 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 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

5 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 제1항 제1호의 항암약물치료비를 지급받은 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 항암약물치료를 받은 경우에는 항암약물치료비를 지급하지 않습니다.

6 "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.

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(【별표22】(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단 확정되어 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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의

납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

62. 후각특정질환수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(후각특정질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "후각특정질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 후각특정질환수술비로 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)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 단순 코골음
2. 코성형수술(융비술) 등 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

제4조(후각특정질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "후각특정질환"이라 함은 【별표58】(후각특정질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "후각특정질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "후각특정질환"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 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	

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

63. 내향성손발톱치료비(소독,도포및붕대치료제외)(연간1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "내향성손발톱"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "내향성손발톱 치료"를 받은 때에 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 내향성손발톱치료비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
내향성손발톱치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("내향성손발톱" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "내향성손발톱"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표157】(내향성손발톱 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "내향성손발톱 치료"라 함은 국제의료행위분류(ICD-9-CM)에 있어서 수술 및 처치분류번호 '86(피부 및 피부밑조직 수술)' 에 따른 아래의 수술 및 처치코드에 해당하는 수술 및 치료를 말합니다. 다만, 단순 상처소독, 약물도포, 붕대 등은 보장에서 제외합니다.

대상이 되는 항목	수술 및 처치코드
피부 및 피부밑 조직의 흡인	86.01
피부 및 피부밑 조직의 배액법이 동반된 기타절개	86.04
피부 및 피부밑 조직에서 이물제거가 동반된 절개	86.05
피부 및 피부밑 조직의 기타 절개	86.09
창상, 감염 또는 화상의 절제에 의한 죽은 조직제거법	86.22
손톱, 손톱바닥 또는 손톱 주름의 제거	86.23
손톱, 손톱바닥 또는 손톱 주름의 죽은 조직제거법	86.27
창상, 감염 또는 화상의 비절제적 죽은 조직제거법	86.28
피부 및 피부밑 조직 병변 또는 조직의 기타 국소 절제 또는 파괴	86.3
피부 병변의 근치 절제	86.4
기타 부위 피부 및 피부밑 조직의 봉합	86.59
손발톱성형술	86.86
피부 및 피부밑 조직의 기타 수복 및 재건	86.89
피부 및 피부밑 조직에 기타 수술	86.9

3 "내향성손발톱"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 등을 근거하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 또는 시술기록지 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.

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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

64. 어린이특정질병입원일당(1일이상)

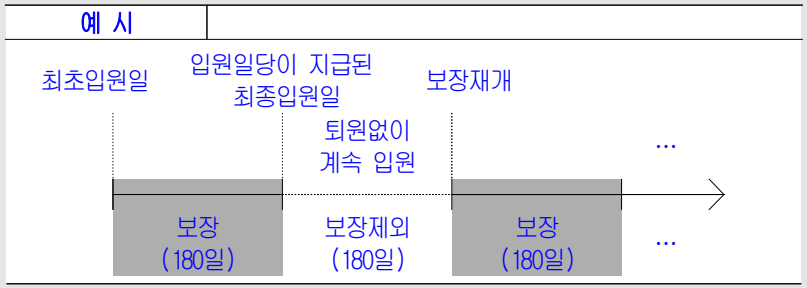
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "어린이특정질병"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이특정질병입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 어린이특정질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 어린이특정질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 어린이특정질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다. 다만 아래와 같이 어린이특정질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 어린이특정질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 "어린이특정질병"보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 어린이특정질병입원일당을 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 어린이특정질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 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(어린이특정질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "어린이특정질병"이라 함은 【별표60】(어린이특정질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "어린이특정질병"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 "어린이특정질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

65. 4대기관특정질환입원일당(1일이상)

제1조(목적)

이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 상해 및 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

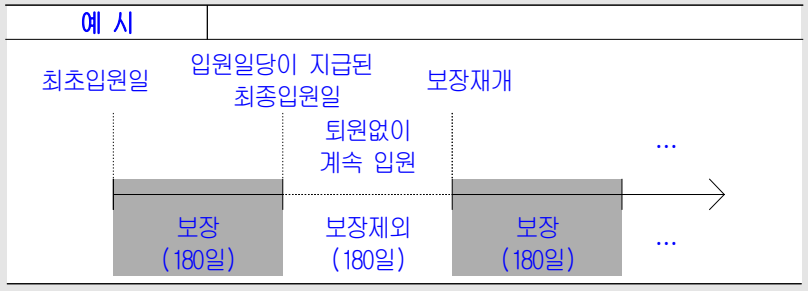
제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌질환, 심질환, 간·췌장질환 및 폐질환(이하, "4대기관특정질환"이라 합니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 4대기관특정입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 4대기관특정입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)의 4대기관특정입원일당(1일이상)은 같은 "4대기관특정질환"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 "4대기관특정질환"에 대한 입원이라도 4대기관특정입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다. 다만 아래와 같이 4대기관특정입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 4대기관특정입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 "4대기관특정질환"보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 4대기관특정입원일당(1일이상)을 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 4대기관특정입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "4대기관특정질환"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 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(4대기관특정질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "4대기관특정질환"이라 함은 【별표61】(4대기관특정질환 분류표)에서 정한 항목을 말합니다.

2 제1항의 "4대기관특정질환"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 "4대기관특정질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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 제2조(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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

66. 4대기관특정질환입원일당(선천질환포함)(1일이상)

제1조(목적)

이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 상해 및 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

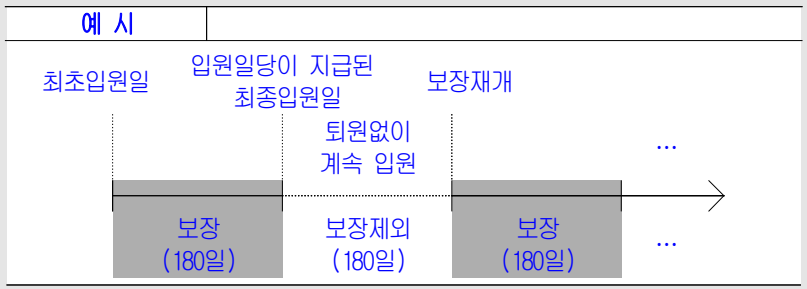
제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌질환, 심질환, 간·췌장질환 및 폐질환(이하, "4대기관특정질환(선천질환포함)"이라 합니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 4대기관특정입원일당(선천질환포함)(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 4대기관특정입원일당(선천질환포함)(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)의 4대기관특정입원일당(선천질환포함)(1일이상)은 같은 "4대기관특정질환(선천질환포함)"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 "4대기관특정질환(선천질환포함)"에 대한 입원이라도 4대기관특정입원일당(선천질환포함)(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다. 다만 아래와 같이 4대기관특정입원일당(선천질환포함)(1일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 4대기관특정입원일당(선천질환포함)(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 "4대기관특정질환(선천질환포함)"보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 4대기관특정입원일당(선천질환포함)(1일이상)을 지급합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 4대기관특정입원일당(선천질환포함)(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "4대기관특정질환(선천질환포함)"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 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(4대기관특정질환(선천질환포함)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "4대기관특정질환(선천질환포함)"이라 함은 【별표62】(4대기관특정질환(선천질환포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "4대기관특정질환(선천질환포함)"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 "4대기관특정질환(선천질환포함)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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 제2조(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.

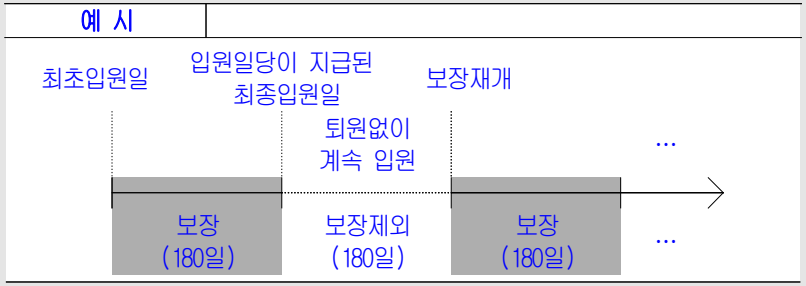
제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

67. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)Q

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 회사는 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 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

용 어 풀 이	심신상실

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

68. 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "일과성뇌허혈발작"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 일과성뇌허혈발작진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
일과성뇌허혈발작진단비	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(일과성뇌허혈발작의 정의 및 진단확정)에서 정한 "일과성뇌허혈발작"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(일과성뇌허혈발작의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "일과성뇌허혈발작"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표149】(일과성뇌허혈발작 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "일과성뇌허혈발작"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 뇌영상검사(초음파, CT, MRI 등) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "일과성뇌허혈발작"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일과성뇌허혈발작진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

69. 중증아토피진단비

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "아토피(중증)"로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증아토피진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(아토피(중증)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "아토피(중증)"라 함은 【별표64】(아토피 피부염 분류표)에서 정한 "아토피성 피부염"으로 진단확정받고, OSI(Objective SCORAD Index)점수 40점 이상인 경우를 말합니다.

2 제1항의 "아토피성 피부염"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 SCORAD Index 진단을 기초로 하여야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증아토피진단비가 지급된 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

70. 소아·청소년 특정성인병진단비【예약】

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "소아·청소년 특정 성인병"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 소아·청소년 특정성인병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 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(소아·청소년 특정성인병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "소아·청소년 특정성인병"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(소아·청소년 특정성인병의 정의 및 진단확정)

1 "소아·청소년 특정 성인병"이라 함은 【별표65】(소아·청소년 특정 성인병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "소아·청소년 특정 성인병"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 "소아·청소년 특정성인병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 소아·청소년 특정성인병진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

71. 질병후유장해(3~100%)
71-1. 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 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 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

72. 질병입원일당(1일이상 10일한도)Q

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 10일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 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 최종입원의 퇴원일부터 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.

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 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 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

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

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

73. 질병입원일당(1일이상 20일한도)Q

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우

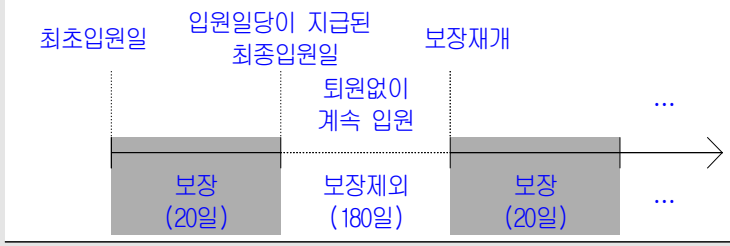
에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 20일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 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 최종입원의 퇴원일부터 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.

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 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 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

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

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외

합니다.

74. 암요양병원입원일당(1일이상60일한도)
74-1. 암요양병원입원일당(1일이상60일한도)【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.

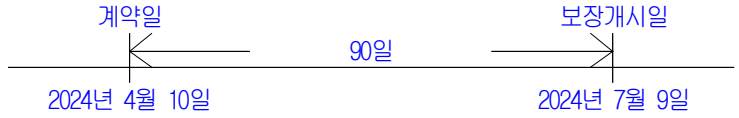
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 치료를 목적으로 요양병원에서 1일이상 계속 입원하였을 때
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 치료를 목적으로 요양병원에서 1일이상 계속 입원하였을 때

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 60일을 최고 한도로 합니다.

3 제1항의 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 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 특약의 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)", "기

타피부암", "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 지급하지 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(**【별표22】**(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 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 **【별표23】**(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 **【별표24】**(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

75. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)
75-1. 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 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 치료를 목적으로 요양병원에서 1일이상 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 1일이상 계속 입원하였을 때

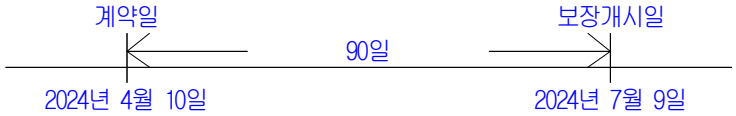
구 분	지 급 금 액
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	이 특별약관의 보험가입금액 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	이 특별약관의 보험가입금액 20%

2 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양" 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 합니다.

3 제1항의 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경

우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 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 특약의 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 지급하지 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(【별표22】(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 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암 보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제9조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

76. 뇌하수체기능저하진단비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌하수체기능저하로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 뇌하수체기능저하진단비로 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(뇌하수체기능저하의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "뇌하수체기능저하"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표46】(뇌하수체기능저하 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "뇌하수체기능저하"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌하수체기능저하진단비가 지급된 경우에는 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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

77. 116대질병수술비(감액없음)

77-1. 116대질병수술비Ⅰ(감액없음)
77-1-1. 116대질병수술비Ⅰ(감액없음)【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 116대질병수술비Ⅰ로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
116대질병수술비Ⅰ (15대질병수술보장)	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 【별표38-1】(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 【별표38-1】(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 CT scan), 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 의료기관이라 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

77-2. 116대질병수술비Ⅱ(감액없음)
77-2-1. 116대질병수술비Ⅱ(감액없음)【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
116대질병수술비Ⅱ (23대질병수술보장)	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 【별표38-2】(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 【별표38-2】(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 의료기관이라 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

77-3. 116대질병수술비III(감액없음)
77-3-1. 116대질병수술비III(감액없음)【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
116대질병수술비III (22대질병수술보장)	이 특별약관의 보험가입금액 100%

부 가 설 명	22대질병 요약

이 특별약관에 있어서 "22대질병"은 【별표38-3】(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 【별표38-3】(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 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

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("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 해

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

제8조(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

77-4. 116대질병수술비IV(감액없음)
77-4-1. 116대질병수술비IV(감액없음)【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
116대질병수술비IV (49대질병수술보장)	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 【별표38-4】(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 【별표38-4】(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) 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)
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 의료기관이라 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

77-5. 116대질병수술비Ⅴ(감액없음)
77-5-1. 116대질병수술비Ⅴ(감액없음)【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
116대질병수술비Ⅴ (백내장수술보장)	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 【별표38-5】(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 의료기관이라 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

77-6. 116대질병수술비VI(감액없음)
77-6-1. 116대질병수술비VI(감액없음)【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
116대질병수술비VI (6대질병수술보장)	이 특별약관의 보험가입금액 100%

부 가 설 명	6대질병 요약

이 특별약관에 있어서 "6대질병"은 【별표38-6】(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 【별표38-6】(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 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(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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

78. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)
78-1. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.

1. 암진단비(유사암 제외)(감액없음) 또는 암진단비(유사암 제외)(감액없음)【갱신계약】 특별약관이 부가된 계약
2. 유사암진단비(감액없음) 또는 유사암진단비(감액없음)【갱신계약】 특별약관이 부가된 계약

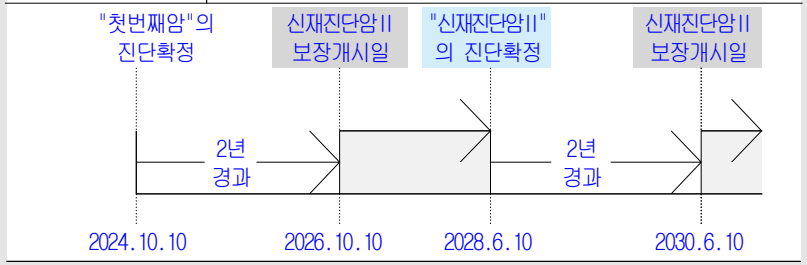
제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "신재진단암Ⅱ 보장개시일" 이후에 신재진단암Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)(이하 "신재진단암Ⅱ"이라 합니다)로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 신재진단암진단비Ⅱ 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 보통약관 제1절 일반조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1항의 신재진단암Ⅱ 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

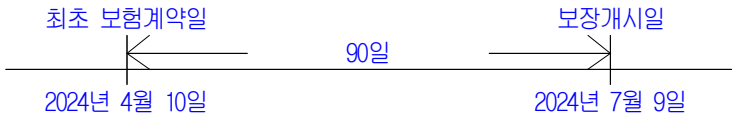
1. 첫번째 신재진단암Ⅱ : 제3항에서 정한 "첫번째암 보장개시일" 이후 최초로 발생한 "암"(기타피부암, 갑상선암 포함)(이하 "첫번째암"이라 합니다) 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 "신재진단암Ⅱ" : 직전 "신재진단암Ⅱ" 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신된 계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

예 시	신재진단암Ⅱ 보장개시일



3 제2항 제1호의 "첫번째암 보장개시일"이라 함은 최초 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 첫번째암 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	첫번째암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 첫번째암의 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 첫번째암 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

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("암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "신재진단암II"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제10조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암" 또는 "첫번째암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 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 "신재진단암II"라 함은 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "신재진단암II 보장개시일" 이후 진단 확정된 다음 각 호의 암을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

5 제4항에서 "새로운 원발암"이란 원발부위에 발생한 암으로 "첫번째암" 또는 "신재진단암II"와 다른 조직병리학적 특성(Histopahthological Appearance)을 가진 "암"(이하 "새로운 원발암"이라 합니다)을 말합니다.

6 제4항에서 "전이암"이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

7 제4항에서 "재발암"이란 "첫번째암"또는 "신재진단암II"와 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암" 또는 "신재진단암II"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암" 또는 "신재진단암II"로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

8 제4항에서 "잔여암"이란 "암보장개시일" 이후 발생한 "암" 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

9 제8항의 "암보장개시일"은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 또는 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 "암보장개시일"은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

10 "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.

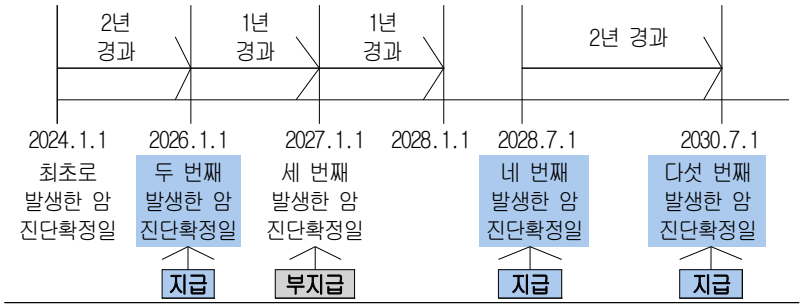
예 시	"상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때"

· 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

⑪ "신재진단암Ⅱ"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 "신재진단암Ⅱ"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "신재진단암Ⅱ"로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

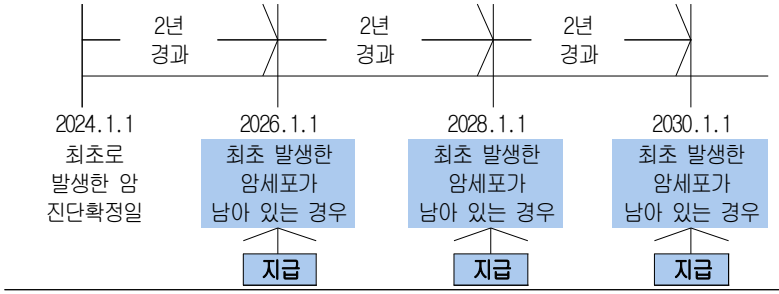
예 시 1	제4항 제1호 내지 제3호의 예시

· **새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암 포함)**



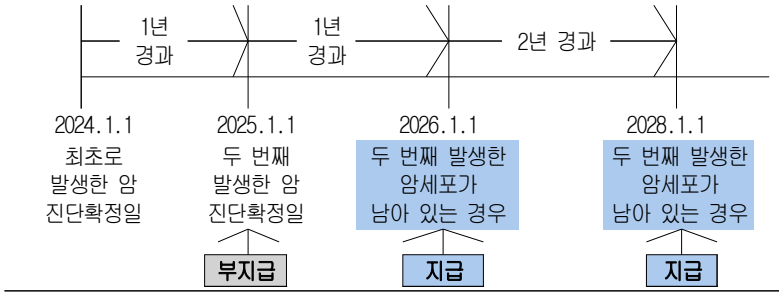
예 시 2	제4항 제4호의 예시

· **잔여암(기타피부암, 갑상선암 포함)**



예 시 3	제4항 제4호의 예시

· **잔여암(기타피부암, 갑상선암 포함)**



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(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	

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 이외에 제2조(보험금의 지급사유)의 "신재진단암Ⅱ"(기타피부암, 갑상선암 포함)의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년 이내에 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제4항 제1호 내지 제4호의 "암"(기타피부암, 갑상선암 포함)으로 진단 확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제9조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 "첫번째암 보장개시일"의 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.

2 제1항의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에서 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 "기타피부암" 및 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 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.

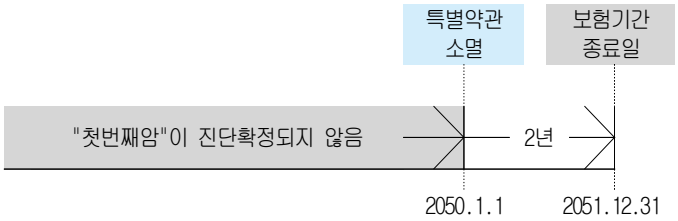
2 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸되며, 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

1. "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
2. 피보험자가 "신재진단암Ⅱ"로 진단 확정되어 신재진단암진단비Ⅱ가 지급되고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

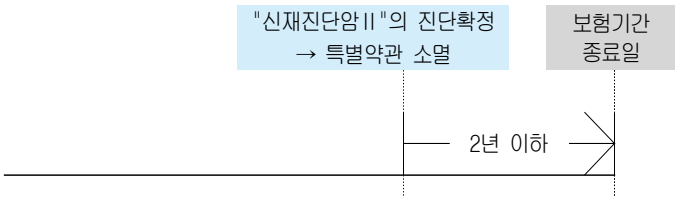
용 어 풀 이	최종 갱신종료일
이 특별약관이 더 이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날을 말합니다.	

예 시	신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함) 특별약관의 소멸 제2항

· 제1호 : "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



· 제2호 : "신재진단암Ⅱ" 진단확정 시점에 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



제11조(특별약관의 자동갱신)

1 회사는 이 특별약관의 【갱신계약】의 경우 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보험료를 정상적으로 납입 완료한 경우에 한하여 이 특별약관을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 "갱신계약"이라 합니다)

2 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간으로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 이 특별약관의 갱신시점에서 (갱신종료나이-2)세까지의 잔여 보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-2)세까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-2)세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.

4 제2항 및 제3항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-2)세까지 "첫번째암"이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-2)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

5 회사는 갱신계약에 대하여 보험증권에 그 내용을 기재해 드립니다.

6 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.

제12조(자동갱신 적용)

1 회사는 제11조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 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 제11조(특별약관의 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	5세의 피보험자가 10년만기로 갱신하는 경우

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 계약보험료는 가입시점의 5세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 10년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(5세 → 15세)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(25세 → 35세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

예 시	5세의 피보험자가 10년만기로 갱신하는 경우					
구 분	5세	15세	25세	35세	…	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
:	:	:	:	:	:	

제13조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

1 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제11조(특별약관의 자동갱신)에 의해 특별약관이 자동갱신된 경우에는 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신 일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(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 갱신계약은 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.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암" 또는 "신재진단암II"으로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

79. 갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "갑상선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험가입금액을 갑상선바늘생검조직병리진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 "갑상선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

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(갑상선 바늘생검 조직병리진단의 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, 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는,

이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(갑상선 바늘생검 조직병리진단의 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)의 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(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 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 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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

80. 전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자(남성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 "전립선바늘생검 조직병리진단"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험가입금액을 전립선바늘생검조직병리진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "전립선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

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(전립선 바늘생검 조직병리진

단의 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, 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(전립선 바늘생검 조직병리진단의 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)의 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(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 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 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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

80-1. 전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)【예약】

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자(남성을 대상으로 합니다)가 제3항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중 "전립선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험가입금액을 전립선바늘생검조직병리진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "전립선 바늘생검 조직병리진단"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

3 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 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 전문

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

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(전립선 바늘생검 조직병리진단의 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, 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(전립선 바늘생검 조직병리진단의 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)의 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(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 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 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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

81. 암직접치료통원일당

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.

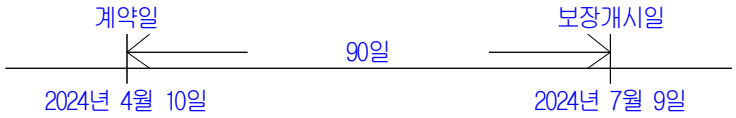
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원하여 치료를 받았을 때
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경

계성종양"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. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

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(【별표22】(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 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

82. 암직접치료통원일당(상급종합병원)

제1조(보험금의 지급사유)

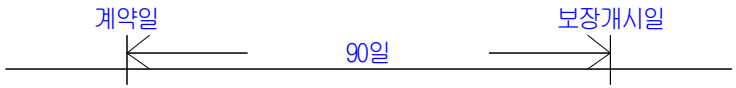
1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암의 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" 및 "경계성종양"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(【별표22】(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 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 【별표23】 (제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표24】 (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(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

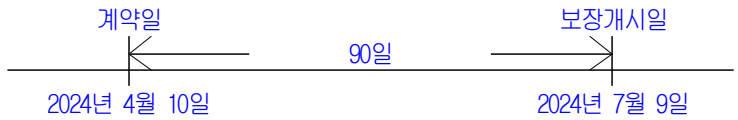
83. 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 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. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(【별표22】(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)"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 진단확정된 "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 【별표87】(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 30일이상인 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" 필수 기재), 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암 보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

84. 암특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)

제1조(보험금의 지급사유)

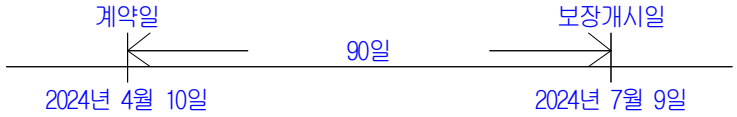
1 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암특정재활치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암"으로 진단확정되고 입원 중에 "암 특정재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 암 특정재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 통원하여 "암 특정재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "외래 암 특정재활치료(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 암특정재활치료비는 "입원 암 특정재활치료(급여)" 횟수와 "외래 암 특정재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 10회를 한도로 하며, 한도 산정 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

3 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

5 제2항에서 "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("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 "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(암 특정재활치료(급여)의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암 특정재활치료(급여)"라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 【별표88】(암 특정재활치료 분류표)에서 정한 암 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 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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 제31조(보험료의

납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

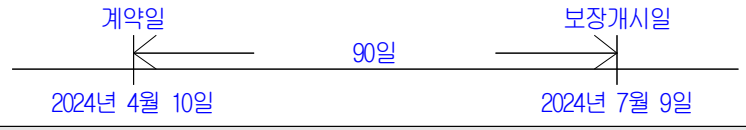
85. 말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암"으로 진단확정되고, "말기암환자"를 대상으로 하는 "말기암환자 완화의료" 치료를 목적으로 피보험자 본인이 "호스피스전문기관"으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스 완화의료 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 말기암호스피스통증완화치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 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("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 "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(말기암환자, 호스피스전문기관 및 말기암환자 완화의료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "말기암환자"라 함은 암관리법 제2조(정의) 제1호에 따라 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "호스피스전문기관"이라 함은 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "말기암환자 완화의료"라 함은 암관리법 제2조(정의) 제2호에 따라 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료로서, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당 "말기암환자"가 "호스피스전문기관"에 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

4 제1항 및 제3항에서 정한 "말기암환자" 및 "말기암환자 완화의료"의 정의의 경우 "암관리법"(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 의해 삭제된 경우에는 직전 법령에서 정한 기준에 따릅니다.

용 어 풀 이	
· 가정형 호스피스	: 가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것
· 입원형 호스피스	: 보건복지부 지정 호스피스전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

관 련 법 규	호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

· **제25조(호스피스전문기관의 지정 등)**

1. 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

· **제28조(호스피스의 신청)**

1. 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.

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 제4조(말기암환자, 호스피스전문기관 및 말기암환자 완화의료의 정의) 제2항의 "호스피스전문기관"을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 호스피스 이용 동의서, 진료비세부내역서 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.

제7조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기암호스피스통증완화치료비가 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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

85-1. 말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형)【예약】

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "암"으로 진단확정되고, "말기암환자"를 대상으로 하는 "말기암환자 완화의료" 치료를 목적으로 피보험자 본인이 "호스피스전문기관"으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스 완화의료 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 말기암호스피스통증완화치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 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("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 "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(말기암환자, 호스피스전문기관 및 말기암환자 완화의료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "말기암환자"라 함은 암관리법 제2조(정의) 제1호에 따라 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "호스피스전문기관"이라 함은 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제25조(호스피스전문기관의 지정

등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "말기암환자 완화의료"라 함은 암관리법 제2조(정의) 제2호에 따라 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료로서, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당 "말기암환자"가 "호스피스전문기관"에 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

4 제1항 및 제3항에서 정한 "말기암환자" 및 "말기암환자 완화의료"의 정의의 경우 "암관리법"(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 의해 삭제된 경우에는 직전 법령에서 정한 기준에 따릅니다.

용 어 풀 이	
· **가정형 호스피스** :	가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것
· **입원형 호스피스** :	보건복지부 지정 호스피스전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

관 련 법 규	**호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률**

· **제25조(호스피스전문기관의 지정 등)**

1. 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

· **제28조(호스피스의 신청)**

1. 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.

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 제4조(말기암환자, 호스피스전문기관 및 말기암환자 완화의료의 정의) 제2항의 "호스피스전문기관"을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 호스피스 이용 동의서, 진료비세부내역서 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.

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 말기암호스피스통증완화치료비가 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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

86. 6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "6대기관 양성종양 및 용종"으로 진단이 확정되고 그 "6대기관 양성종양 및 용종"의 치료를 직접적인 목적으로 "6대기관 양성종양 및 용종 수술"을 받은 때에 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 6대기관 양성종양 및 용종수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "6대기관 양성종양 및 용종 수술"을 받은 부위, 개수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 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("6대기관 양성종양 및 용종" 및 "6대기관 양성종양 및 용종 수술"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "6대기관 양성종양 및 용종"이라 함은 【별표89】(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 【별표90】(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.

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(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.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

87. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)
87-1. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

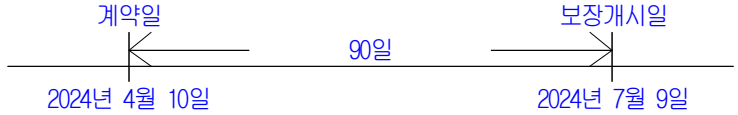
제1조(보험금의 지급사유)

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
표적항암약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

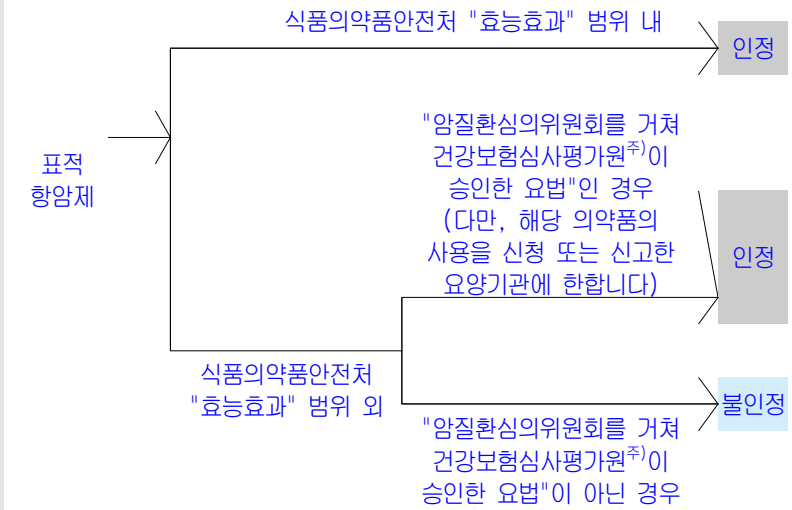
3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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.

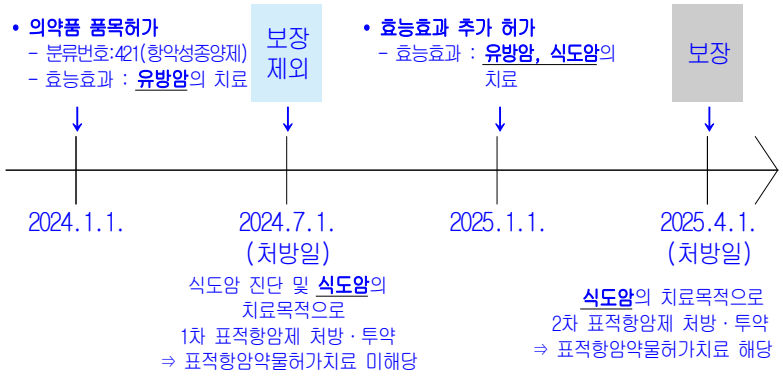
용 어 풀 이 | **표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



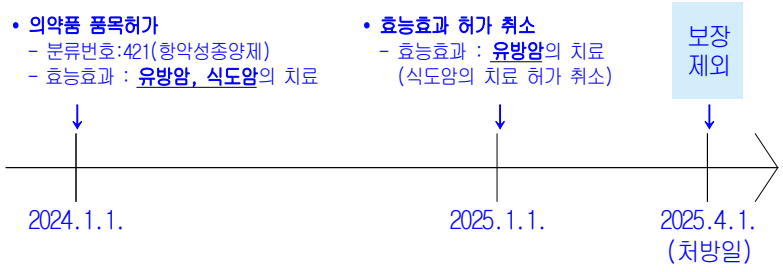
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

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**



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("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성

신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 【별표86-1】(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 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

88. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)
88-1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

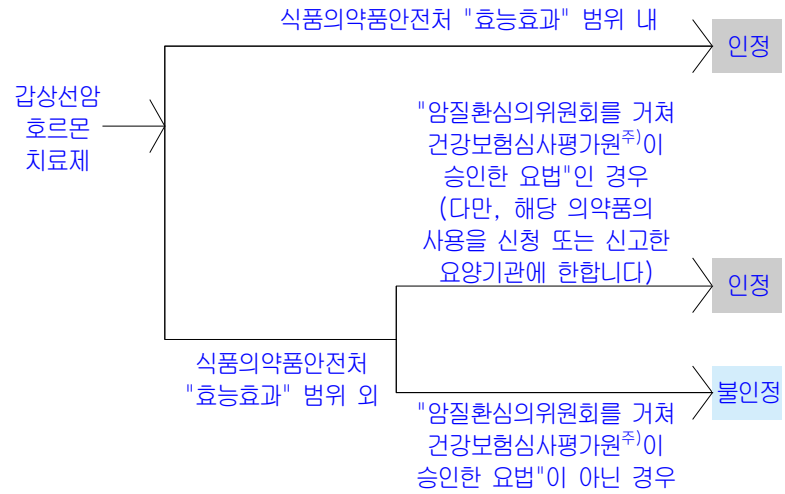
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "갑상선암"의 수술 후 "갑상선암호르몬약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 갑상선암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
갑상선암호르몬약물허가치료비	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.

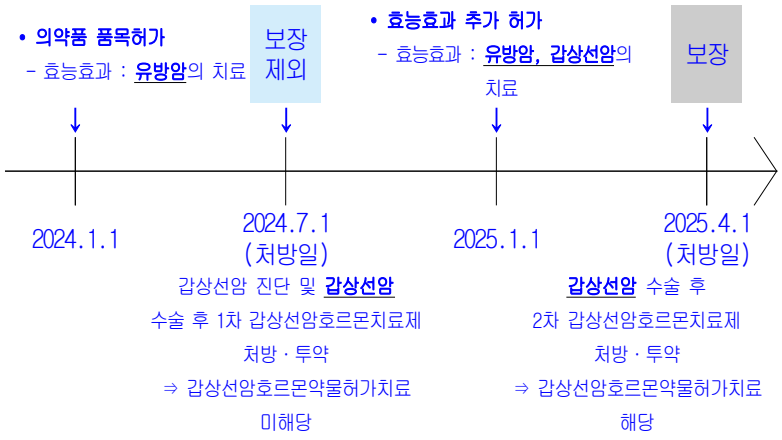
용 어 풀 이 | 갑상선암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



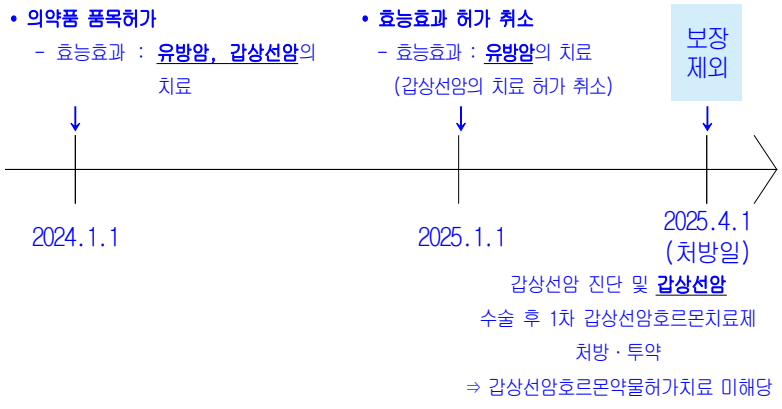
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

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 확

산을 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【별표86-2】(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 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 "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 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 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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

89. 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.

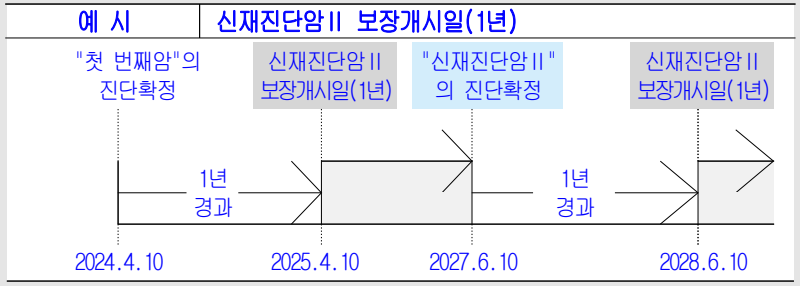
1. 암진단비(유사암 제외)(감액없음) 또는 암진단비(유사암 제외)(감액없음)【갱신계약】 특별약관이 부가된 계약
2. 유사암진단비(감액없음) 또는 유사암진단비(감액없음)【갱신계약】 특별약관이 부가된 계약

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "신재진단암Ⅱ 보장개시일(1년)" 이후에 신재진단암Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)(이하 "신재진단암Ⅱ"이라 합니다)으로 진단 확정되고 그 "신재진단암Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

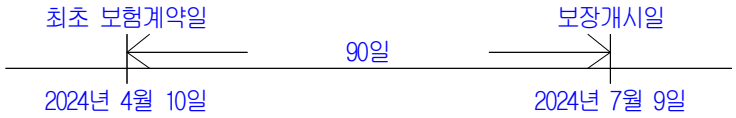
2 보통약관 제1절 일반조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1항의 "신재진단암Ⅱ 보장개시일(1년)"은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫 번째 "신재진단암Ⅱ" : 제3항에서 정한 "첫 번째암 보장개시일" 이후 최초로 발생한 "암"(기타피부암, 갑상선암 포함)(이하 "첫 번째암"이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 "신재진단암Ⅱ" : 직전 "신재진단암Ⅱ" 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



3 제2항 제1호의 "첫 번째암 보장개시일"이라 함은 최초 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 첫번째암 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	첫 번째암 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 첫번째암의 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 첫 번째암 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

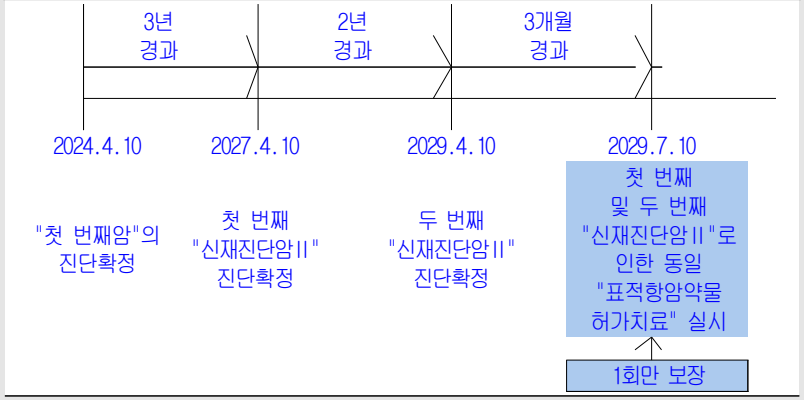
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 신재진단암II 표적항암약물허가치료비는 "신재진단암II" 진단 1회당 1회에 한하여 지급합니다. 단, 2가지 이상의 "신재진단암II"의 직접적인 치료를 목적으로 동일한 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 1회에 한하여 신재진단암II 표적항암약물허가치료비를 지급합니다.

예 시 1	제1항의 예시



예 시 2	제1항의 예시

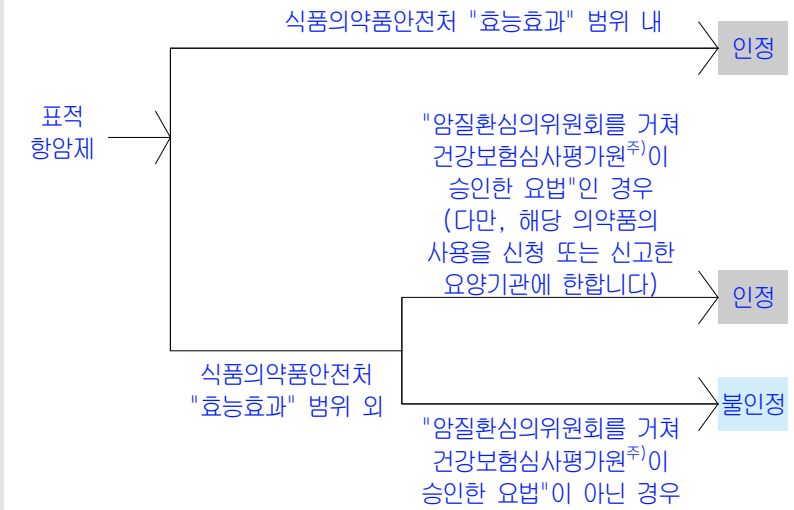


예 시 3	제1항의 예시



2 제2조(보험금의 지급사유)의 신재진단암II 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.

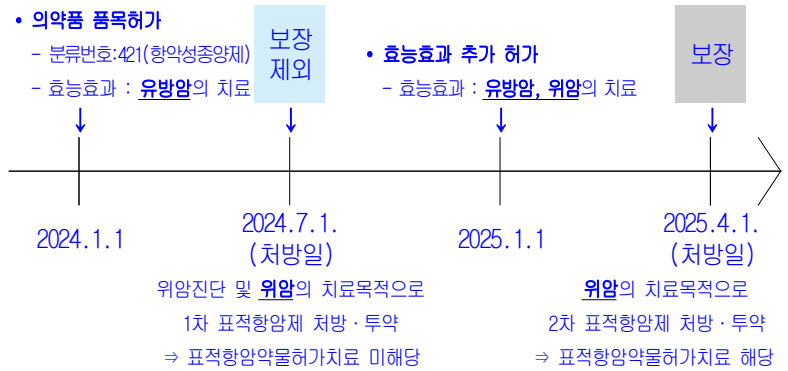
용 어 풀 이 | **표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



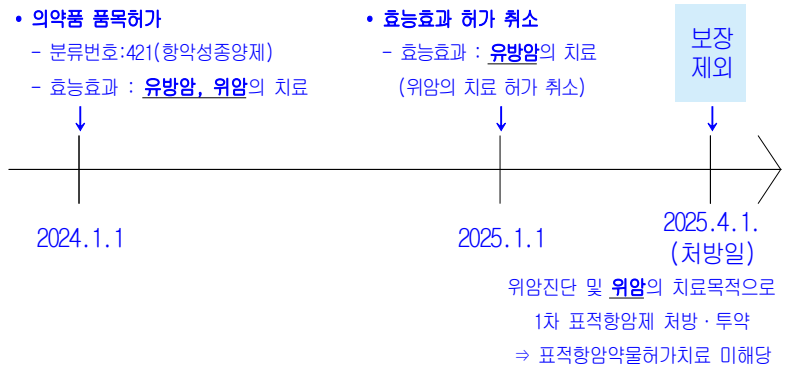
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

3 제2조(보험금의 지급사유)의 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(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**



4 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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암" 또는 "첫 번째암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분

류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 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 "신재진단암Ⅱ"라 함은 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "신재진단암Ⅱ 보장개시일(1년)" 이후 진단 확정된 다음 각 호의 암을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

5 제4항에서 "새로운 원발암"이란 원발부위에 발생한 암으로 "첫 번째암" 또는 "신재진단암Ⅱ"와 다른 조직병리학적 특성(Histopahthological Appearance)을 가진 "암"(이하 "새로운 원발암"이라 합니다)을 말합니다.

6 제4항에서 "전이암"이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

7 제4항에서 "재발암"이란 "첫 번째암" 또는 "신재진단암Ⅱ"와 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫 번째암"또는 "신재진단암Ⅱ"의 암세포를 제거한 후 그 "첫 번째암" 또는 "신재진단암Ⅱ"로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

8 제4항에서 "잔여암"이란 "암보장개시일" 이후 발생한 "암" 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

9 제8항의 "암보장개시일"은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 또는 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 "암보장개시일"은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

10 "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"

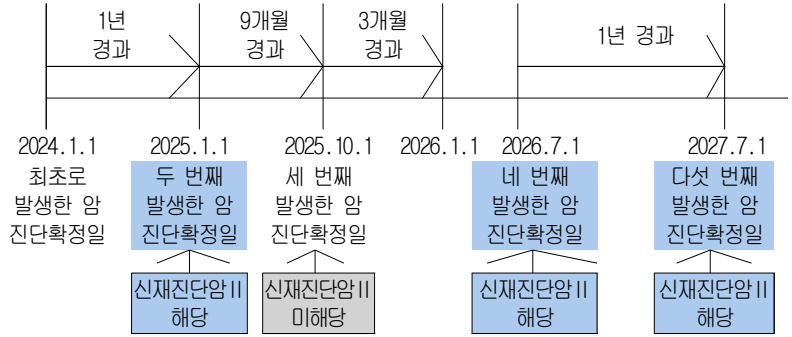
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

11 "신재진단암Ⅱ"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 "신재진단암Ⅱ"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "신재진단암Ⅱ"로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

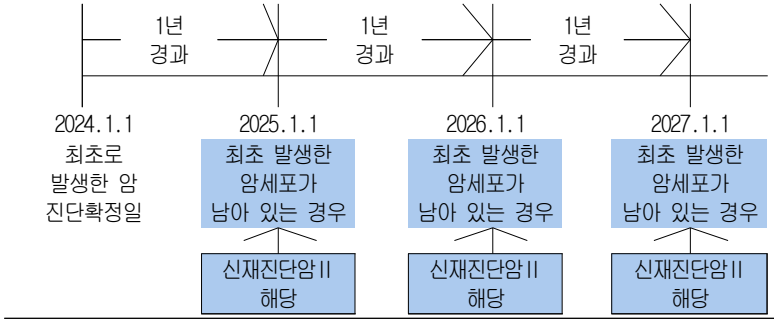
예 시 1 | **제4항 제1호 내지 제3호의 예시**

· 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암 포함)



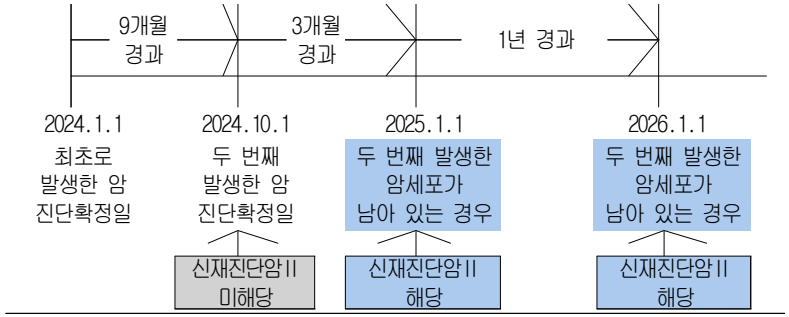
예 시 2 | **제4항 제4호의 예시**

· 잔여암(기타피부암, 갑상선암 포함)



예 시 3 | **제4항 제4호의 예시**

· 잔여암(기타피부암, 갑상선암 포함)



제5조(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 【별표86-1】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제7조(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.

제6조(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.

제7조(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.

제8조(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

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. "신재진단암Ⅱ"(기타피부암, 갑상선암 포함)로 진단확정되고 그 진단확정일로부터 1년 이내에 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제4항 제1호 내지 제

4호의 "암"(기타피부암, 갑상선암 포함)으로 진단확정된 경우

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. 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 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.	

제11조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 "첫번째암 보장개시일"의 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.

② 제1항의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에서 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 "기타피부암" 및 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 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.

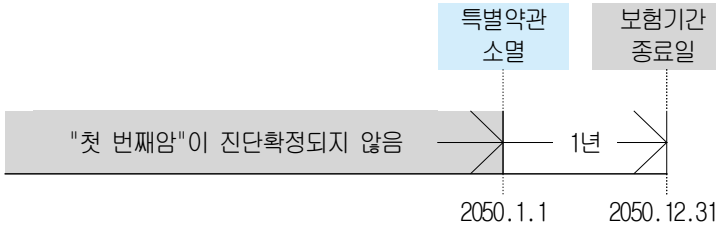
② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸되며, 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

1. "첫 번째암"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
2. 피보험자가 "신재진단암II"로 진단 확정되고 그 "신재진단암II"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 시점에 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우

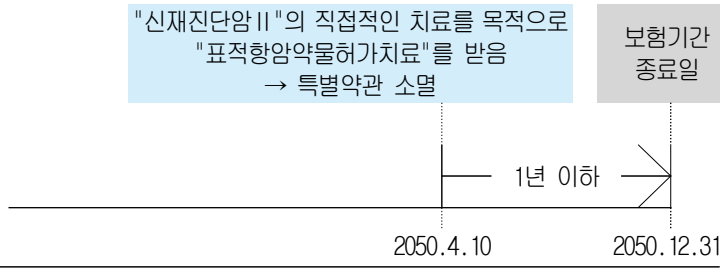
용 어 풀 이	최종 갱신종료일
이 특별약관이 더 이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.	

예 시	신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비 특별약관의 소멸 제2항

· 제1호 : "첫 번째암"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



· 제2호 : "신재진단암Ⅱ"으로 진단 확정되고 그 "신재진단암Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 시점에 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



제13조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 갱신시점에서 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여 보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-1)세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-1)세까지 "첫 번째암"이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-1)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

4 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제14조(자동갱신 적용)

1 회사는 제13조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 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 제13조(특별약관의 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	…	
최초의 계약 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
:	:	:	:	:	:	

제15조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

① 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제13조(특별약관의 자동갱신)에 의해 특별약관이 자동갱신된 경우에는 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하여야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신일까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(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 갱신계약은 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.

제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫 번째암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫 번째암" 또는 "신재진단암Ⅱ"으로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제17조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

89-1. 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약, 예약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.

1. 암진단비(유사암 제외)(감액없음) 또는 암진단비(유사암 제외)(감액없음)【갱신계약】 특별약관이 부가된 계약
2. 유사암진단비(감액없음) 또는 유사암진단비(감액없음)【갱신계약】 특별약관이 부가된 계약

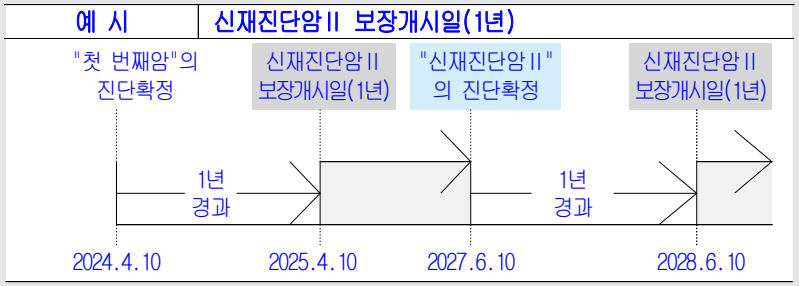
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "신재진단암Ⅱ 보장개시일(1년)" 이후에 신재진단암Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)(이하 "신재진단암Ⅱ"이라 합니다)으로 진단 확정되고 그 "신재진단암Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항

암약물허가치료"를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 보통약관 제1절 일반조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1항의 "신재진단암Ⅱ 보장개시일(1년)"은 다음 각 호를 따릅니다.

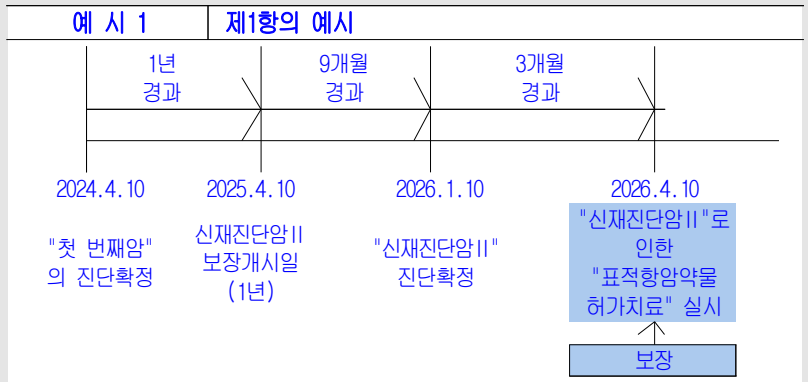
1. 첫 번째 "신재진단암Ⅱ" : 제3항에서 정한 "첫 번째암 보장개시일" 이후 최초로 발생한 "암"(기타피부암, 갑상선암 포함)(이하 "첫 번째암"이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 "신재진단암Ⅱ" : 직전 "신재진단암Ⅱ" 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



3 제2항 제1호의 "첫 번째암 보장개시일"이라 함은 피보험자의 보험나이 18세 계약해당일로 합니다.

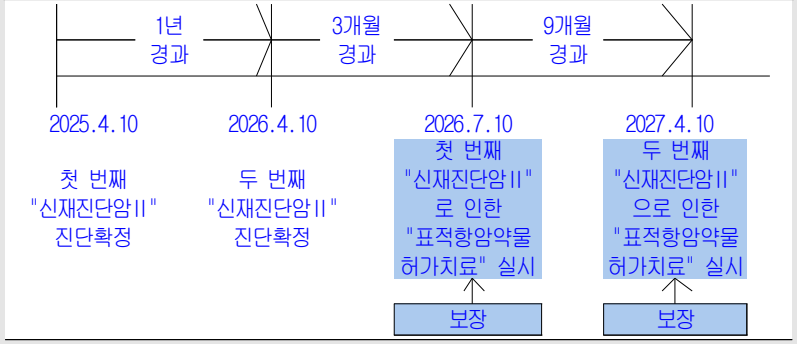
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비는 "신재진단암Ⅱ" 진단 1회당 1회에 한하여 지급합니다. 단, 2가지 이상의 "신재진단암Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 동일한 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 1회에 한하여 신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비를 지급합니다.



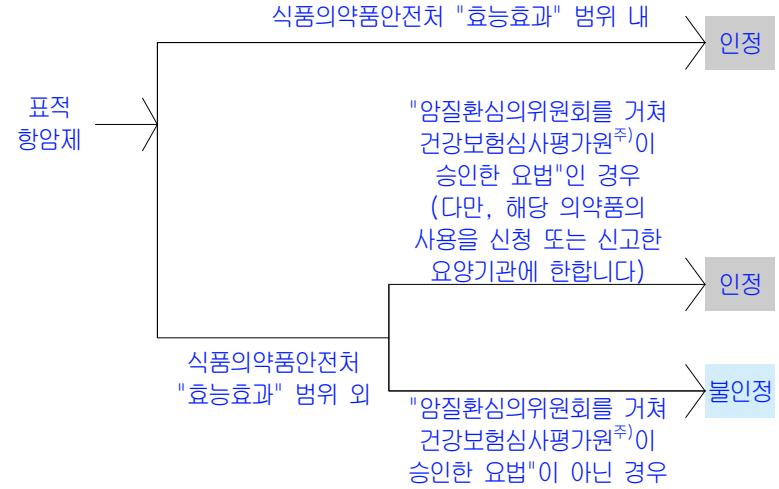


예 시 3 | **제1항의 예시**



2 제2조(보험금의 지급사유)의 신재진단암II 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.

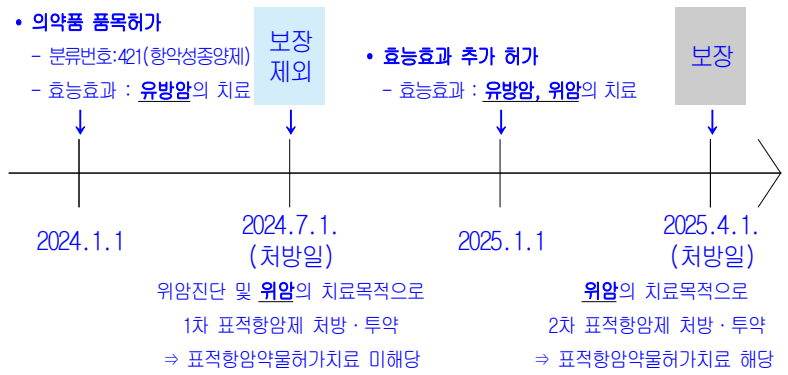
용 어 풀 이 | **표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



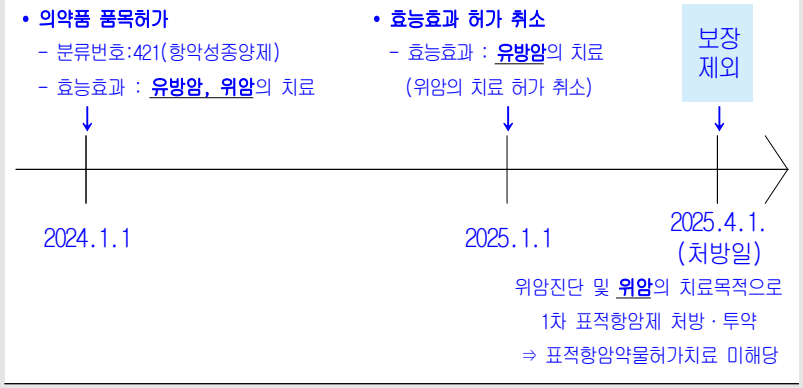
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

3 제2조(보험금의 지급사유)의 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(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**



4 보험수익자와 회사가 제2조(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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암" 또는 "첫 번째암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 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 "신재진단암Ⅱ"라 함은 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "신재진단암Ⅱ 보장개시일(1년)" 이후 진단 확정된 다음 각 호의 암을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

5 제4항에서 "새로운 원발암"이란 원발부위에 발생한 암으로 "첫 번째암" 또는 "신재진단암Ⅱ"와 다른 조직병리학적 특성(Histopahthological Appearance)을 가진 "암"(이하 "새로운 원발암"이라 합니다)을 말합니다.

6 제4항에서 "전이암"이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

7 제4항에서 "재발암"이란 "첫 번째암" 또는 "신재진단암Ⅱ"와 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫 번째암"또는 "신재진단암Ⅱ"의 암세포를 제거한 후 그 "첫 번째암" 또는 "신재진단암Ⅱ"로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

8 제4항에서 "잔여암"이란 보험기간 중 발생한 "암" 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

9 "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"

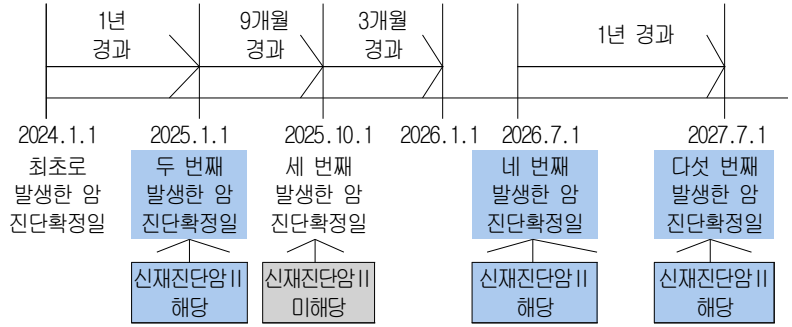
· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

10 "신재진단암Ⅱ"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 "신재진단암Ⅱ"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "신재진단암Ⅱ"로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

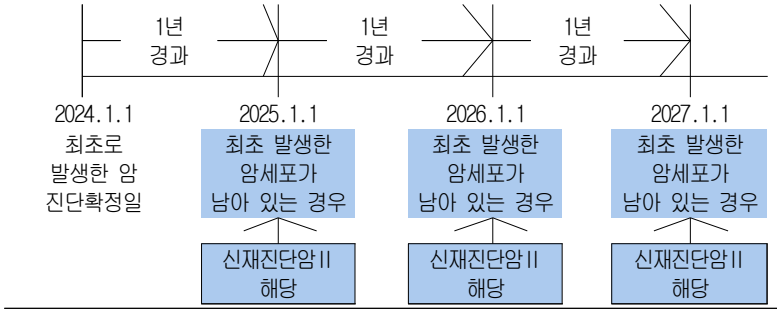
예 시 1	제4항 제1호 내지 제3호의 예시

· 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암 포함)



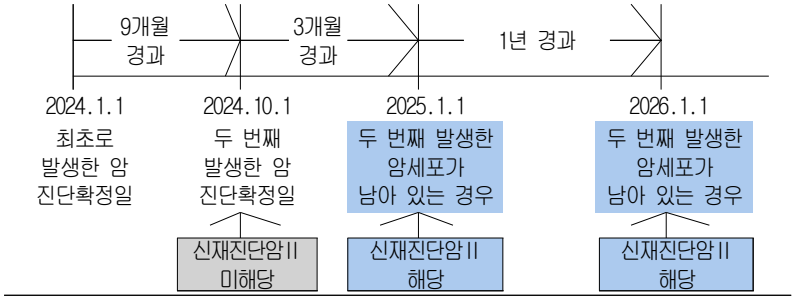
예 시 2	제4항 제4호의 예시

· 잔여암(기타피부암, 갑상선암 포함)



예 시 3	제4항 제4호의 예시

· 잔여암(기타피부암, 갑상선암 포함)



제5조(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 【별표86-1】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제7조(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.

제6조(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.

제7조(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.

제8조(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

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. "신재진단암Ⅱ"(기타피부암, 갑상선암 포함)로 진단확정되고 그 진단확정일로부터 1년 이내에 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제4항 제1호 내지 제4호의 "암"(기타피부암, 갑상선암 포함)으로 진단확정된 경우

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. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함

되어야 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 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.

제11조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 보험계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 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.

2 제1항의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에서 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 "기타피부암" 및 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

1 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.

2 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸되며, 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

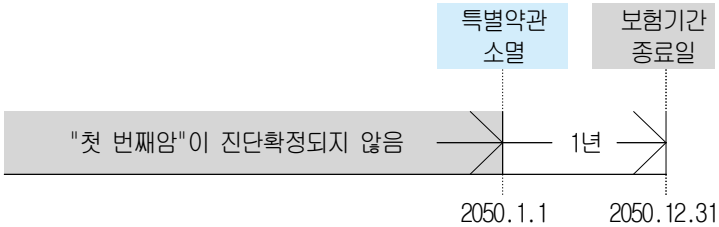
1. "첫 번째암"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
2. 피보험자가 "신재진단암II"로 진단 확정되고 그 "신재진단암II"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 시점에 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우

용 어 풀 이	최종 갱신종료일

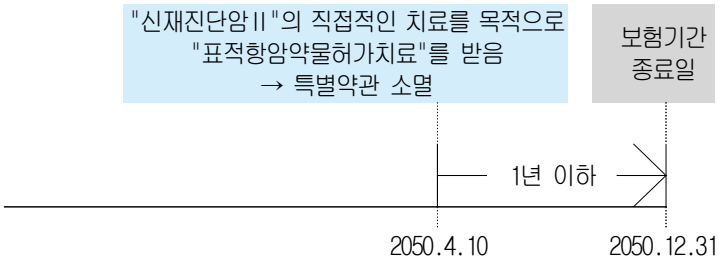
이 특별약관이 더 이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.

예 시	신재진단암II 표적항암약물허가치료비 특별약관의 소멸 제2항

· 제1호 : "첫 번째암"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



· 제2호 : "신재진단암II"으로 진단 확정되고 그 "신재진단암II"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 시점에 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



제13조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 갱신시점에서 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-1)세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-1)세까지 "첫 번째암"이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-1)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

4 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제14조(자동갱신 적용)

1 회사는 제13조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 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 제13조(특별약관의 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	…	
최초의 계약 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
:	:	:	:	:	:	

제15조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

1 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제13조(특별약관의 자동갱신)에 의해 특별약관이 자동갱신된 경우에는 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신일까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(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 다

음날 해당 갱신계약은 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.

제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫 번째암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 "첫 번째암 보장개시일"로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫 번째암" 또는 "신재진단암II"으로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제17조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

90. 질병수술비Q
90-1. 질병수술비Q【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 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

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 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)
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
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, 진자 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 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.

5 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다. 그러나, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 태아인 경우에는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술로 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

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(특별약관의 자동갱신)
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)
① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

91. 질병수술비(백내장제외)Q
91-1. 질병수술비(백내장제외)Q【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(백내장제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 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

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 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)
다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
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 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.

5 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다. 그러나, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 태아인 경우에는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술로 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

92. 신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)
92-1. 신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.

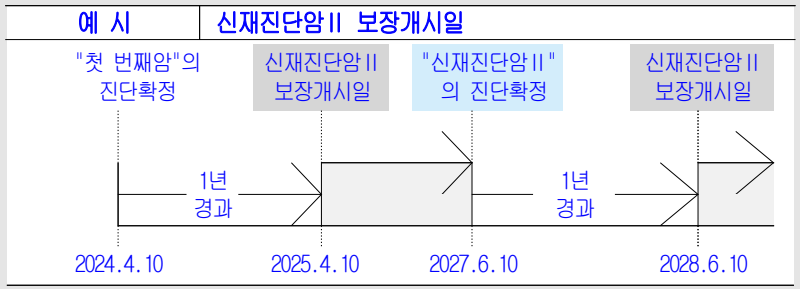
1. 암진단비(유사암 제외)(감액없음) 또는 암진단비(유사암 제외)(감액없음)【갱신계약】 특별약관이 부가된 계약
2. 유사암진단비(감액없음) 또는 유사암진단비(감액없음)【갱신계약】 특별약관이 부가된 계약

제2조(보험금의 지급사유)

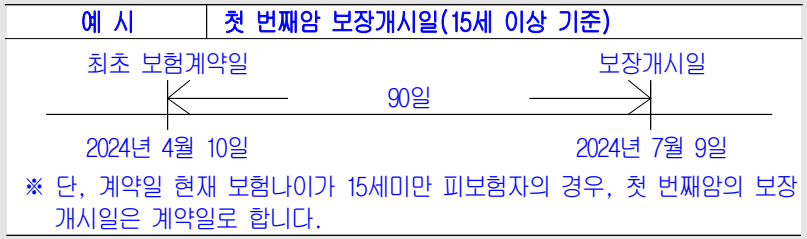
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "신재진단암Ⅱ 보장개시일" 이후에 신재진단암Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 포함)(이하 "신재진단암Ⅱ"이라 합니다)로 진단 확정된 경우에는 5회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 신재진단암진단비Ⅱ 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 보통약관 제1절 일반조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1항의 "신재진단암Ⅱ 보장개시일"은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫 번째 "신재진단암Ⅱ" : 제3항에서 정한 "첫 번째암 보장개시일" 이후 최초로 발생한 "암"(기타피부암 및 갑상선암 포함)(이하 "첫 번째암"이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 "신재진단암Ⅱ" : 직전 "신재진단암Ⅱ" 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신된 계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



3 제2항 제1호의 "첫 번째암 보장개시일"이라 함은 최초 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 첫 번째암 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 첫 번째암의 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 첫 번째암 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

5 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 신재진단암진단비Ⅱ 보험금 지급 회차는 제2항의 첫 번째 "신재진단암Ⅱ 보장개시일"로부터의 신재진단암진단비Ⅱ 보험금 지급 횟수를 말합니다.

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("암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "신재진단암Ⅱ"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제10조(특별약관의 소멸) 제1항에 따

라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암" 또는 "첫 번째암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 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 "신재진단암II"라 함은 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "신재진단암II 보장개시일" 이후 진단 확정된 다음 각 호의 암을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

5 제4항에서 "새로운 원발암"이란 원발부위에 발생한 암으로 "첫 번째암" 또는 "신재진단암II"와 다른 조직병리학적 특성(Histopahthological Appearance)을 가진 "암"(이하 "새로운 원발암"이라 합니다)을 말합니다.

6 제4항에서 "전이암"이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

7 제4항에서 "재발암"이란 "첫 번째암" 또는 "신재진단암II"와 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫 번째암"또는 "신재진단암II"의 암세포를 제거한 후 그 "첫 번째암" 또는 "신재진단암II"로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

8 제4항에서 "잔여암"이란 "암보장개시일" 이후 발생한 "암" 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

9 제8항의 "암보장개시일"은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 또는 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 "암보장개시일"은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

10 "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"

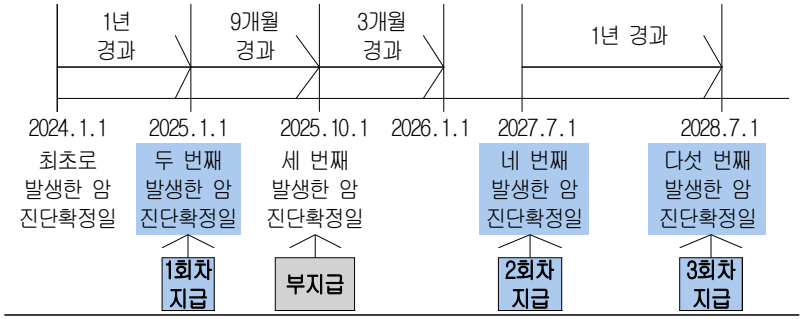
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

11 "신재진단암II"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 "신재진단암II"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "신재진단암II"로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

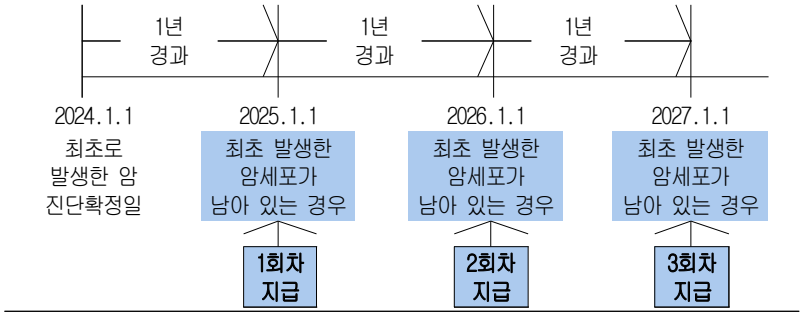
예 시 1	제4항 제1호 내지 제3호의 예시

· 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암 및 갑상선암 포함)



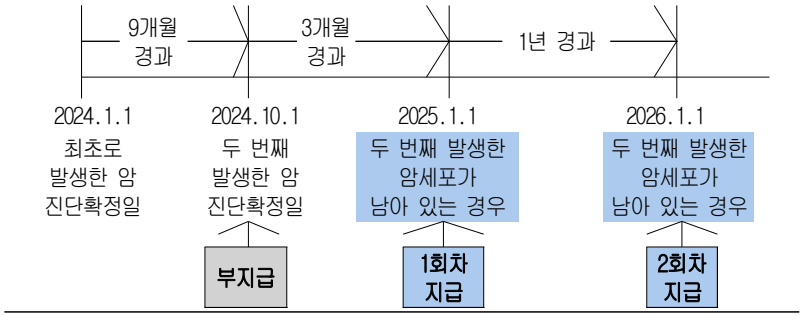
예 시 2	제4항 제4호의 예시

· 잔여암(기타피부암 및 갑상선암 포함)



예 시 3	제4항 제4호의 예시

· 잔여암(기타피부암 및 갑상선암 포함)



제5조("항암방사선치료"의 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("항암약물치료"의 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(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

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 이외에 제2조(보험금의 지급사유)의 "신재진단암Ⅱ"(기타피부암 및 갑상선암 포함)의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 1년 이내에 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제4항 제1호 내지 제4호의 "암"(기타피부암 및 갑상선암 포함)으로 진단 확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제9조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 "첫 번째암 보장개시일"의 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.

2 제1항의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"에서 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 "기타피부암" 및 제4조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 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.

2 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 신재진단암진단비Ⅱ 5회차 보험금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸되며, 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

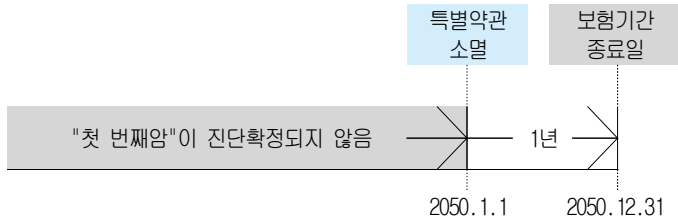
1. "첫 번째암"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
2. 피보험자가 "신재진단암Ⅱ"로 진단 확정되어 신재진단암진단비Ⅱ가 5회차 미만 지급되고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

용 어 풀 이	최종 갱신종료일

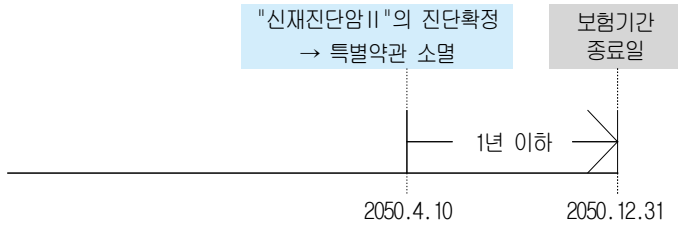
이 특별약관이 더 이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날을 말합니다.

예 시	신재진단암진단비Ⅱ 특별약관의 소멸 제3항

· **제1호 : "첫 번째암"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약의 경우 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우**



· **제2호 : "신재진단암Ⅱ" 5회차 미만 진단확정 시점에 보험기간 종료일(갱신계약의 경우 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우**



제11조(특별약관의 자동갱신)

1 회사는 이 특별약관의 【갱신계약】의 경우 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보험료를 정상적으로 납입 완료한 경우에 한하여 이 특별약관을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 "갱신계약"이라 합니다)

2 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간으로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 이 특별약관의 갱신시점에서 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-1)세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.

4 제2항 및 제3항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-1)세까지 "첫 번째암"이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-1)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

5 회사는 갱신계약에 대하여 보험증권에 그 내용을 기재해 드립니다.

6 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.

제12조(자동갱신 적용)

1 회사는 제11조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 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 제11조(특별약관의 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	5세의 피보험자가 10년만기로 갱신하는 경우

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 계약보험료는 가입시점의 5세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 10년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(5세 → 15세)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(25세 → 35세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

예 시	5세의 피보험자가 10년만기로 갱신하는 경우

구 분	5세	15세	25세	35세	…	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
:	:	:	:	:	:	

제13조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

1 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입

최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제11조(특별약관의 자동갱신)에 의해 특별약관이 자동갱신된 경우에는 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신 일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(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 갱신계약은 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.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫 번째암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫 번째암" 또는 "신재진단암II"로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

93. 질병수술입원일당(20일한도)Q

제1조(보험금의 지급사유)

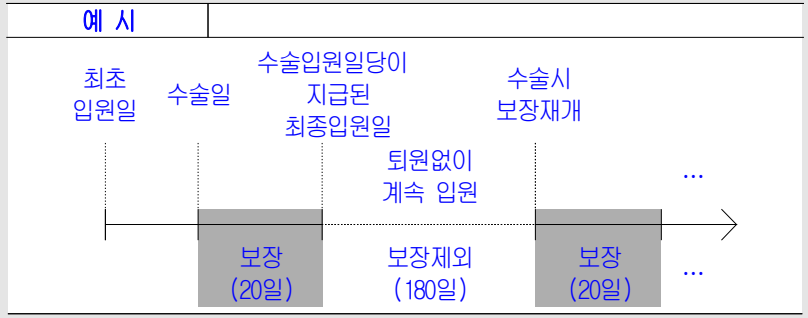
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 아래 각 호에 모두 해당하는 경우(이하, "수술입원"이라 합니다)에는 "수술"일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우.
3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
4. 상기 "수술"은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

2 제1항의 질병수술입원일당의 지급일수는 1회 "수술입원"당 "수술"일로부터 20일을 최고한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

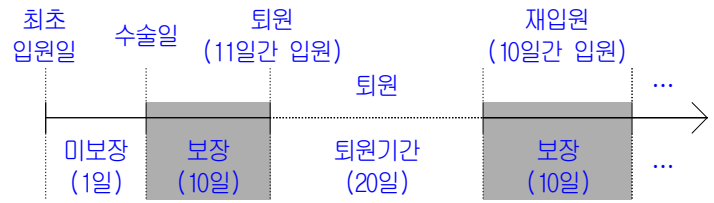
1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술입원일당은 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 "수술"을 받은 경우에는 또 다른 "수술입원"으로 보아 "수술"일로부터 입원 1일당 질병수술입원일당을 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병입원수술일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 "수술"이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 "수술입원"으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

예 시	

· 동일한 질병으로 11일간 수술입원, 퇴원 후 10일간 재입원 시



3 피보험자가 보장개시일 이후 "수술입원"하여 치료를 받던 중에 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 "수술입원"에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 질병수술입원일당을 계속 지급합니다.

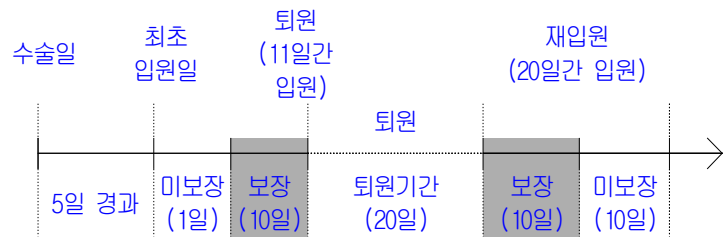
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 피보험자가 최초의 "수술입원" 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 "수술입원"한 것으로 보아 제2항에 따라 각 입원일수를 더합니다.

6 "수술"이 입원기간동안 시행되지 않은 경우 "수술"은 동일한 질병의 치료를 목적으로 하는 최초 입원일 2일째 날에 시행된 것으로 간주합니다.

예 시	

· "수술"하고 5일 경과 후 동일한 질병 치료를 위해 11일 입원, 퇴원 후 20일간 재입원시



7 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. 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
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

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

2 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 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 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술에 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)
다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 태아인 경우에는 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
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)

④ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술에 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

⑤ 제3항 및 제4항에도 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(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(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 동

반하지 않은 단순 창상봉합술 등)

4 제1항에서 "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, 콩다래끼 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다. 그러나, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 태아인 경우에는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술로 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

94. 뇌성마비진단비

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌성마비"로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 "뇌성마비진단비"로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제3조(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 제6조(뇌성마비의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌성마비"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 이외에 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 뇌성마비진단비를 지급하지 않습니다.

제6조(뇌성마비의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌성마비"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표91】(뇌성마비 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "뇌성마비"의 진단확정은 해당 분야의 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 진료기록부 상에서 "뇌성마비"의 전형적인 병력의 존재, 이학적 검사 그리고 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌파검사(EEG) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "뇌성마비"로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌성마비진단비가 지급된 경우에는 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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

95. 수두진단비(태아가입)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 수두 또는 신생아수두로 진단 확정된(단, 수두 및 신생아수두는 각각 1회 진단확정에 한합니다) 경우에는 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래의 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 수두진단비를 지급받은 이후에 신생아수두로 진단확정시 신생아수두진단비를 지급하지 않습니다.

구 분	지 급 금 액
수두진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 100%
신생아수두진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 20%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 수두진단비 및 신생아수두진단비는 보험가입금액을 한도로 합니다.

2 보험수익자와 회사가 제3조(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.

3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제5조(수두 및 신생아수두의 정의 및 진단확정)에서 정한 "수두" 또는 "신생아수두"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(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.

제5조(수두 및 신생아수두의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "수두" 및 "신생아수두"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표92】(수두 및 신생아수두 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "수두" 및 "신생아수두"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 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사 등을 기초로 내려져야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 수두진단비(신생아수두진단비 제외)가 지급된 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

96. 천식지속상태(급성중증천식)진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 천식지속상태로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 천식지속상태(급성중증천식)진단비로 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(천식지속상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 "천식지속상태"를 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(천식지속상태의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어서 "천식지속상태"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표93】(천식지속상태 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "천식지속상태"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 "천식지속상태"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

유 의 사 항	
【별표93】(천식지속상태 분류표)에서 정한 천식지속상태(J46)는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(통계청)의 "주요 질환별 분류 지침"에 따라 천식이 "급성 중증" 또는 "불응의(refractory)"로 분류된 질병을 말합니다. 단, "천식", "중증 천식", "급성 천식", "만성 천식"과 같은 용어로 표현되는 천식(J45)은 이 계약에서 보장하지 않습니다.	

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 천식지속상태(급성중증천식)진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

97. 12대소화계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "12대소화계특정질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 12대소화계특정질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
12대소화계특정질환진단비	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(12대소화계특정질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "12대소화계특정질환"를 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(12대소화계특정질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "12대소화계특정질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표155】(12대소화계특정질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "12대소화계특정질환"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, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), 내시경검사, X-선 촬영 및 위장조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "12대소화계특정질환"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(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(CT, X-선 및 내시경 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.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 12대소화계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약도 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

98. 중등도이상아토피진단비

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "아토피(중등도이상)"로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중등도이상아토피진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(아토피(중등도이상)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "아토피(중등도이상)"라 함은 【별표64】(아토피 피부염 분류표)에서 정한 "아토피성 피부염"으로 진단확정받고, OSI(Objective SCORAD Index)점수 15점 이상인 경우를 말합니다.

2 제1항의 "아토피성 피부염"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 SCORAD Index 진단을 기초로 하여야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상아토피진단비가 지급된 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

99. 아토피진단비

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "아토피"로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 아토피진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(아토피의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 "아토피"라 함은 【별표64】(아토피 피부염 분류표)에서 정한 "아토피성 피부염"으로 진단확정받은 경우를 말합니다.
② 제1항의 "아토피성 피부염"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

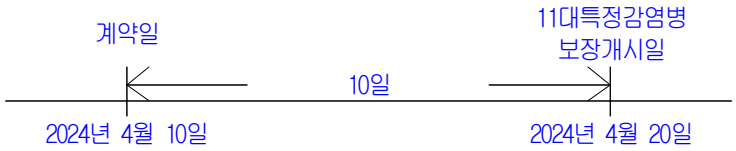
제6조(특별약관의 소멸)
① 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 아토피진단비가 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

100. 11대특정감염병진단비(수족구포함)(연간1회한, 10일면책)

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 11대특정감염병보장개시일 이후에 "11대특정감염병"으로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 11대특정감염병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
③ 제1항의 11대특정감염병보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다.

예 시	11대특정감염병보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 질병에 의해 "11대특정감염병"으로 진단확정된 경우에도 1회의 11대특정감염병진단비만 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.
③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(11대특정감염병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "11대특정감염병"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)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(11대특정감염병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "11대특정감염병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표156】(11대특정감염병 분류표)에서 정한 "장출혈성 대장균 감염증", "로타바이러스 감염증", "노로바이러스 감염증", "장내아데노바이러스 감염증", "백일해", "성홍열", "수두", "수족구병", "유행성이하선염", "호흡기세포융합바이러스 감염증", "사람메타뉴모바이러스 감염증"을 말합니다.

2 "11대특정감염병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 빈이두 흡입액 및 도찰물, 직장도말물 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사, 유전자검출검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "11대특정감염병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

용 어 풀 이	도찰물 또는 도말물

도찰물 또는 도말물이란 도찰, 도말의 방법으로 채취한 검체(상피세포, 분비물 등)를 말합니다.
도찰이란 검사용 도구(면봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 살짝 묻혀 채취하는 방법을 말합니다.
도말이란 검사용 도구(도말봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 묻히고 배지 위에 배양하는 방법을 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(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

101. 11대특정감염병진단비(수족구포함)(연간1회한)(태아가입)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "11대특정감염병"으로 진단확정되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 11대특정감염병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 질병에 의해 "11대특정감염병"으로 진단확정된 경우에도 1회의 11대특정감염병진단비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제3조(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.

3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제5조(11대특정감염병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "11대특정감염병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(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.

제5조(11대특정감염병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "11대특정감염병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표156】(11대특정감염병 분류표)에서 정한 "장출혈성 대장균 감염증", "로타바이러스 감염증", "노로바이러스 감염증", "장내아데노바이러스 감염증", "백일해", "성홍열", "수두", "수족구병", "유행성이하선염", "호흡기세포융합바이러스 감염증", "사람메타뉴모바이러스 감염증"을 말합니다.

2 "11대특정감염병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 빈이두 흡입액 및 도찰물, 직장도말물 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사, 유전자검출검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "11대특정감염병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

용 어 풀 이	도찰물 또는 도말물

도찰물 또는 도말물이란 도찰, 도말의 방법으로 채취한 검체(상피세포, 분비물 등)를 말합니다.
도찰이란 검사용 도구(면봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 살짝 묻혀 채취하는 방법을 말합니다.
도말이란 검사용 도구(도말봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 묻히고 배지 위에 배양하는 방법을 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)

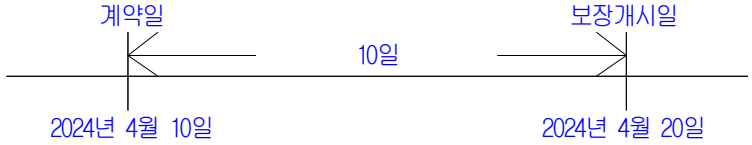
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

102. 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)【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 이 특별약관의 보험가입금액을 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에서 독감보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	독감보장개시일



3 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.
4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 독감보장개시일은 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(독감(인플루엔자), 독감 항바이러스제의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "독감(인플루엔자)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표97】(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 사본 제출을 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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

102-1. 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "독감(인플루엔자)"으로 진단확정되고 그 "독감(인플루엔자)"의 직접적인 치료를 목적으로 "독감 항바이러스제"를 처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 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 항바이러스제의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "독감(인플루엔자)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표97】(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 사본 제출을 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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

103. 수두진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 수두로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 수두진단비로 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 중

에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(수두의 정의 및 진단확정)에서 정한 "수두"를 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(수두의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "수두"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표102】(수두 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "수두"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 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사 등을 기초로 내려져야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수두진단비가 지급된 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

104. 표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음)
표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

104-1. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음)
104-2. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】

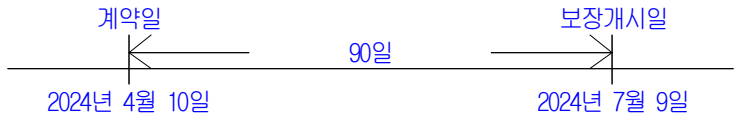
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 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 "항암세기조절방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
표적항암방사선치료비 (항암세기조절방사선)	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에

따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 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 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(【별표22】(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(방사선조사 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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 반환

하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

104-3. 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음)
104-4. 표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】

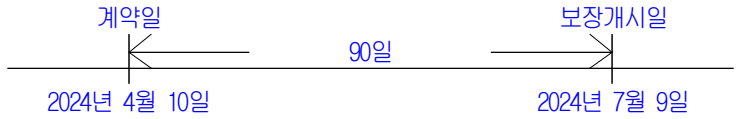
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 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
표적항암방사선치료비 (항암양성자방사선)	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 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 있습

니다. 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(【별표22】(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항

의 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

105. 심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음)
105-1. 심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 심장질환(특정Ⅰ)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심장질환(특정Ⅰ) 진단비로 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("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 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표103】(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 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

106. 심장질환(특정Ⅱ)진단비(감액없음)
106-1. 심장질환(특정Ⅱ)진단비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 심장질환(특정Ⅱ)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심장질환(특정Ⅱ)진단비로 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("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 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표104】(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 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

107. 심장질환수술비
107-1. 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 이 특별약관의 보험가입금액을 심장질환수술비로 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(심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표105】(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 계

약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

108. 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)
108-1. 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.

지급기준	지급금액
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

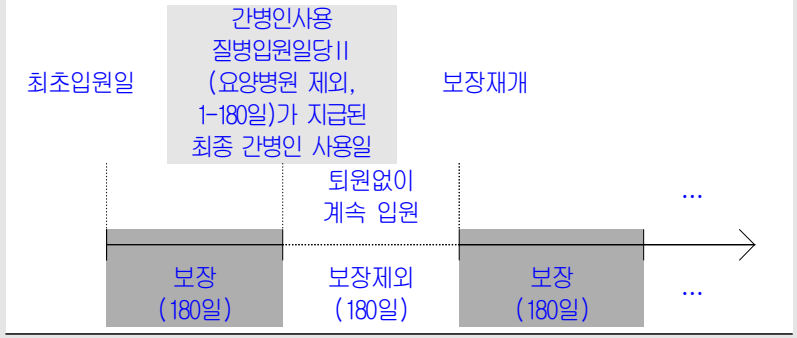
· 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일) 지급금액
: 2만5천원 + 5만원×4일 = 22만5천원 지급

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 간병인사용 질병입원일당II(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 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 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 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 간병인사용 질병입원일당II(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, 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(사업자등록된 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 사업자등록된업체의 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(특별약관의 자동갱신)

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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

109. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)
109-1. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

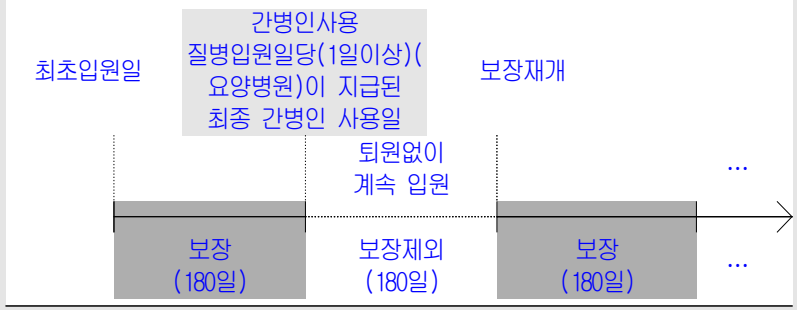
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용 질병입원일당(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 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)이 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(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 간병인사용 질병입원일당(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 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 제7조(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 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)은 지급하지 않습니다.

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 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.

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, 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 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 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 사업자등록된업체의 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(특별약관의 자동갱신)

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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

110. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)

110-1. 간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

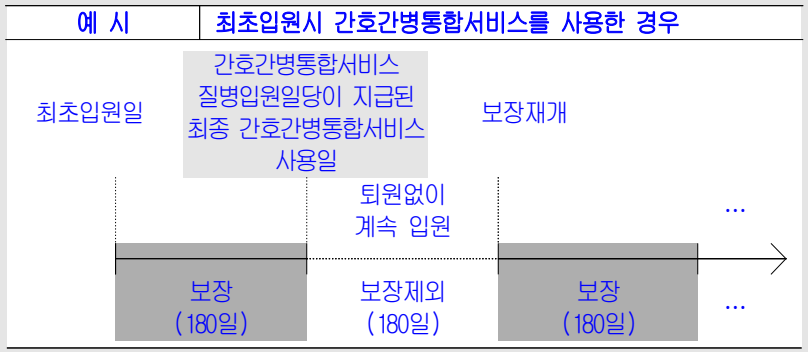
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(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 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 병원을 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 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 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 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.

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 제공할수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 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 호의어느 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 현저히곤란하다고 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"이란 병원, 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(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.	

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 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

111. 뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한)

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 【별표114】(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 【별표174】(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.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

112. 특정뇌동맥질환 혈관색전술 보장(급여, 연간1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정뇌동맥질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈관색전술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정뇌동맥질환 혈관색전술 보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "혈관색전술"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 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(특정뇌동맥질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정뇌동맥질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표108】(특정뇌동맥질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정뇌동맥질환"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 등 한 가지 이상을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정뇌동맥질환"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 "특정뇌동맥질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "특정뇌동맥질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(혈관색전술의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈관색전술"이라 함은 【별표109】(혈관색전술 분류표)에서 정한 혈관색전술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항에도 불구하고, 제3조에서 정한 "특정뇌동맥질환" 이외의 척추혈관, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형에 대해 "혈관색전술"을 받은 경우 및 "혈관색전술"을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

3 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.

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, 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

113. 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 보장(급여, 연간1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "심장부정맥 고주파 · 냉각절제술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "심장부정맥 고주파 · 냉각절제술"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

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.

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	

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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 【별표110】(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 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

114. 뇌 정위적 방사선술 보장(급여, 연간1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "뇌 정위적 방사선술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌 정위적 방사선술 보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "뇌 정위적 방사선술"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 뇌 정위적 방사선술에 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(뇌 정위적 방사선술의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌 정위적 방사선술"이라 함은 【별표111】(뇌 정위적 방사선술 분류표)에서 정한 뇌 정위적 방사선술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, "뇌 정위적 방사선술"을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

2 제1항의 "뇌 정위적 방사선술" 이외의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 보장하지 않습니다.

예 시	제2항의 예시

"건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료) 중 다음의 수가코드를 포함하여 "뇌 정위적 방사선술"에 해당하지 않는 진료행위는 보장하지 않습니다.

코 드	분 류
HD110	정위적 방사선 분할치료[1회당]
HD111	체부 정위적 방사선수술[1회당] - 선형가속기 이용
HZ271	세기변조 방사선치료[1회당]
⋮	⋮

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, 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

115. 질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)(매회지급)

115-1. 질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)(매회지급)【갱신계약】

(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 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(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)는 동시에 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 수술 1회로 간주하여 1회의

질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 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)
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
7. 대장 양성종양 및 용종(【별표112】(대장 양성종양 및 용종 분류표) 참조)의 내시경적 절제술

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 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

116. 다빈치로봇 암수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】

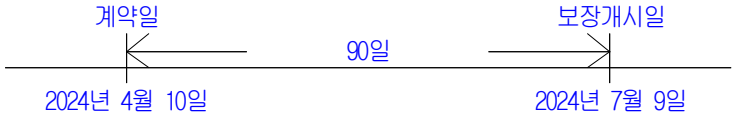
116-1. 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

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 이 특별약관의 보험가입금액을 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(【별표22】(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(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(전립선의 악성신생물(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 【별표113】(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 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(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)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암 보장개시일의 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.

② 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅

니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

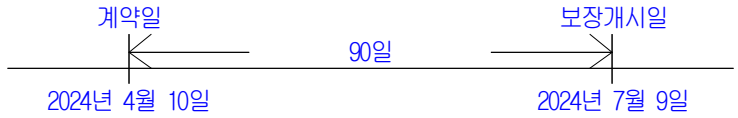
116-2. 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

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 이 특별약관의 보험가입금액을 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(갑상선의 악성신생물(암))에 해당되는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))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.

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

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.

제4조(다빈치로봇 암수술의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇 암수술"이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 【별표 113】(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 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(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)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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. 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.

② 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제13조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

117. 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【별표107】(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 상한금액표"에서 정한 분류번호가 "333(혈액응고저지제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "혈액응고저지제"에 준하는 분류번호)에 해당하는 약제 중 아래의 성분명을 가지는 경우를 말합니다.

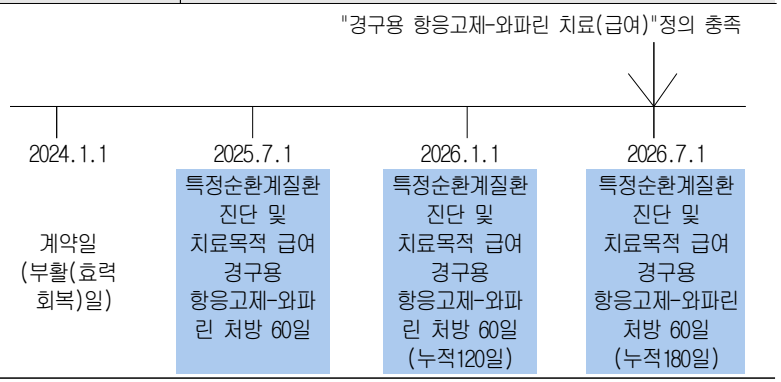
1. warfarin sodium

3 제2항의 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"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 상한금액표"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 상한금액표"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 상한금액표"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.

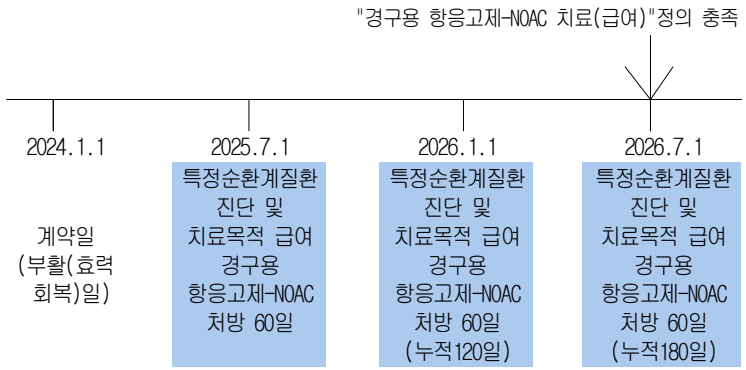
2 제1항의 "경구용 항응고제-NOAC(New Oral anticoagulant)(급여)"이라 함은 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에서 정한 분류번호가 "333(혈액응고저지제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "혈액응고저지제"에 준하는 분류번호)에 해당하는 약제 중 경구용 혈액응고인자 Xa 저해제나 경구용 트롬빈 직접 저해제를 말합니다.

3 제2항의 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"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 상한 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 상한금액표"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 상한금액표"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 특정순환계질환항응고제치료비를 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 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(특별약관의 자동갱신)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

117-1. 특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약, 예약】 (【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)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 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%

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 합니다.

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) 제1항에 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) 제1항에 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【별표107】(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 상한금액표"에서 정한 분류번호가 "333(혈액응고저지제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "혈액응고저지제"에 준하는 분류번호)에 해당하는 약제 중 아래의 성분명을 가지는 경우를 말합니다.

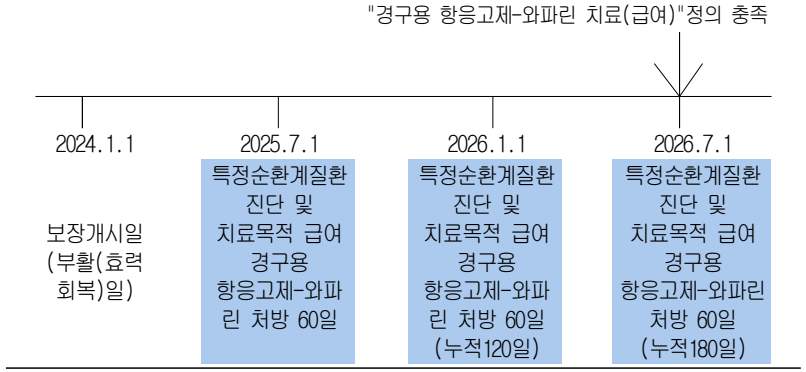
1. warfarin sodium

3 제2항의 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"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 상한금액표"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 상한금액표"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 상한금액표"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 상한금액표"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.

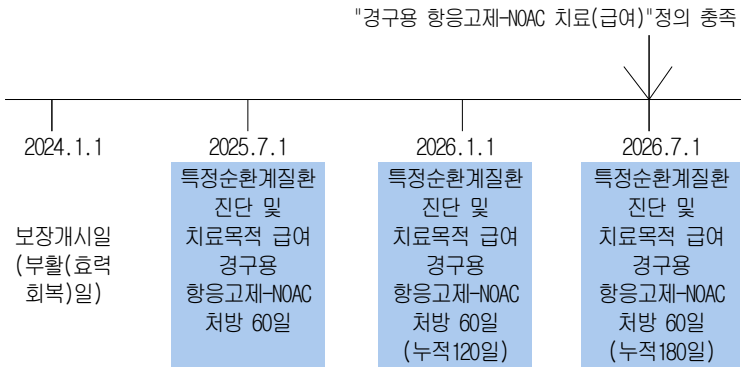
3 제2항의 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에 따라 분류됩니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"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 상한금액표"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 상한금액표"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 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장은 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 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 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환항응고제치료비를 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 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.

제10조(특별약관의 자동갱신)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

118. 2대중추신경계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대중추신경계특정질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 2대중추신경계특정질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
2대중추신경계특정질환진단비	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(2대중추신경계특정질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "2대중추신경계특정질환"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(2대중추신경계특정질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "2대중추신경계특정질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표151】(2대중추신경계특정질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "2대중추신경계특정질환"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, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌척수액검사, 혈관조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "2대중추신경계특정질환"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(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(CT, MRI, 뇌척수액검사 및 혈관조영술 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 2대중추신경계특정질환진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

119. 골 · 관절연골양성종양진단비(최초1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "골 · 관절연골양성종양"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 골 · 관절연골양성종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
골 · 관절연골양성종양진단비	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(골 · 관절연골양성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 "골 · 관절연골양성종양"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(골 · 관절연골양성종양의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "골 · 관절연골양성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표153】(골 · 관절연골양성종양 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "골 · 관절연골양성종양"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 조직검사, 미세바늘흡인검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "골 · 관절연골양성종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 골 · 관절연골양성종양진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

120. 중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양진단비(최초1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양진단비	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(중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양"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(중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표154】(중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양 분류표)

에서 정한 질병을 말합니다.

2 "중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양"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 조직검사, 미세바늘흡인검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양 진단비를 지급한 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

121. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】
121-1. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "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.

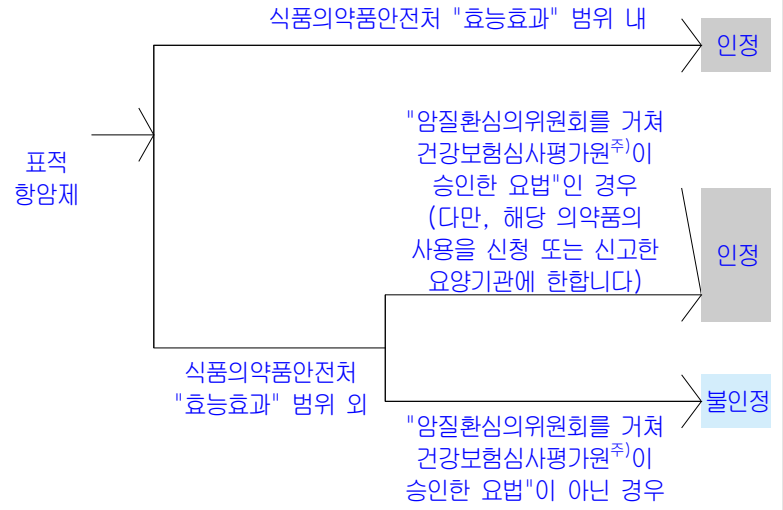
구 분	지 급 금 액
표적항암약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 18세 계약해당일로 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.

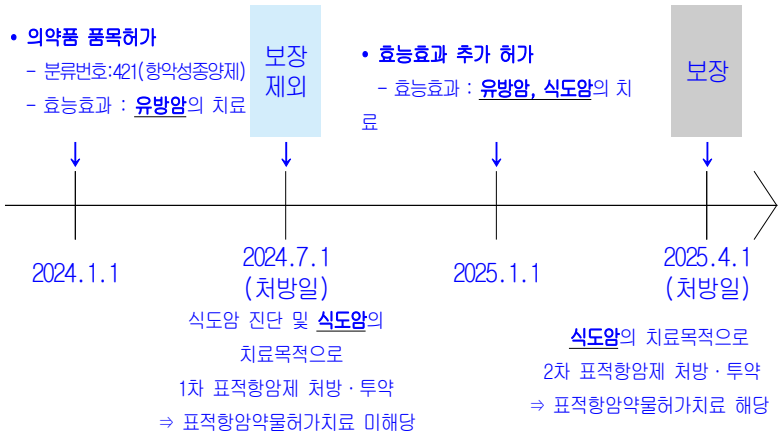
용 어 풀 이	표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



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



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("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 받

고 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 【별표86-1】(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 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 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 보통약관의 보험계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

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)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

122. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】
122-1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 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.

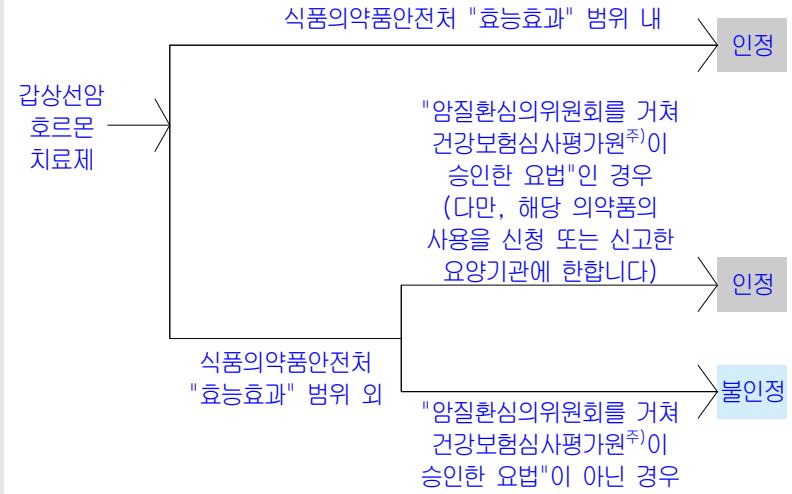
구 분	지 급 금 액
갑상선암호르몬약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 18세 계약해당일로 합니다.

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.

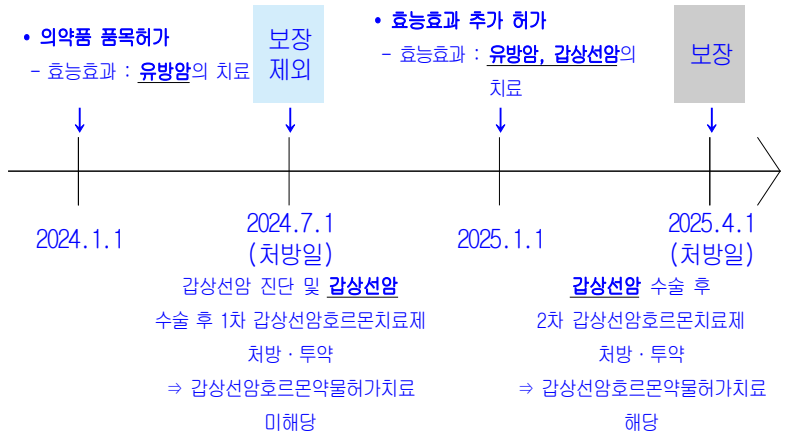
용 어 풀 이 | **갑상선암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



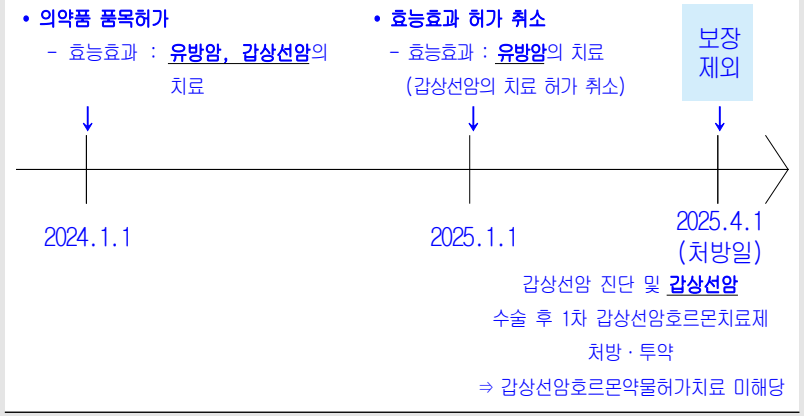
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

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 【별표86-2】(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 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 "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 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 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)

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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

123. 척추측만증진단비(Cobb's 각도 20도 이상)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "척추측만증(Cobb's 각도 20도 이상)"으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 척추측만증진단비로 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("척추측만증(Cobb's 각도 20도 이상)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "척추측만증(Cobb's 각도 20도 이상)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표130】(척추측만증II 분류표)에서 정한 질병으로 Cobb's method에 의하여 측정된 Cobb's 각도가 20도 이상인 경우를 말합니다.

2 제1항의 "척추측만증(Cobb's 각도 20도 이상)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "척추측만증(Cobb's 각도 20도 이상)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

부 가 설 명	Cobb's method 및 Cobb's 각도
Cobb's method란 척추측만증의 만곡(척추의 휘어 정도)을 Cobb's 각도로 측정하는 것으로 Cobb's 각도의 측정방법은 측정하려는 척추 만곡의 오목한 쪽으로 가장 기울어진 상부 끝 척추의 상단과 만곡의 하부 끝 척추의 하단에 선을 그은 뒤 각 선에서 직각으로 수직선을 그어서 교차된 각을 구하면 이 각을 Cobb's 각도라 합니다.	

유 의 사 항	
상기 질병 이외에 제9차 한국표준질병사인분류의 "선천성 척주측만증(Q67.5)" 및 "뼈기형에 의한 선천 척주측만증(Q76.3)", "체위성 선천 척주측만증(Q67.5)", "척주측만성 심장병의 선천 척주측만증(I27.1)", "처치후의 선천 척주측만증(M96)"에 해당하는 질병은 보상하지 않습니다.	

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(Cobb's 각도를 포함한 진료기록부, 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

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 척추측만증진단비가 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

124. 보험료납입지원(유사암진단)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험료납입지원금으로 지급합니다.
단, 보험료납입지원금은 매년 보험료납입지원금 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 지급합니다.
단, 해당년도의 보험료납입지원금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

구 분	지 급 금 액
보험료납입지원금	이 특별약관의 보험가입금액[주]의 12배를 보험료 납입지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특별약관의 보험가입금액[주] x 보험료 납입지원 잔여기간(월)

주) 보험료납입지원금은 사고 당시 보험가입금액을 기준으로 계산 합니다.

2 이 특별약관에서 "보험료 납입지원기간"이라 함은 제1항의 보험료납입지원금의 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다.
단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.

3 이 특별약관에서 "보험료 납입지원 잔여기간(월)"이라 함은 제2항에서 정한 "보험료 납입지원기간"이 끝난 날의 다음 날부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 월단위 기간을 말합니다.
단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

예 시	지급사유 발생해당일
최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일 => 지급사유 발생해당일: 10월 1일 예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일 => 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날	

예 시	보험료납입지원금 지급 예시

2024년 1월 1일 계약체결 후, 2028년 6월 10일 기타피부암 진단확정 발생시
(20년만기 전기납, 사고당시기준 보험가입금액 10만원 기준)

- 납입경과월수 = 2024년 1월 1일 - 2028년 6월 10일 = 54회(4년 6개월)
- 잔여보험기간 = 이 특별약관의 보험기간(20년) - 납입경과월수(4년 6개월)
  = 15년 6개월
  ① 보험료 납입지원기간 = 15년
  ② 보험료 납입지원 잔여기간 = 6개월
- 지급사유 발생해당일 : 6월 10일
- 지급예시

지급시기	지급금액
2028년 6월 10일	120만원(12 x 10만원)
2029년 6월 10일	120만원(12 x 10만원)
~	~
2042년 6월 10일	120만원(12 x 10만원)
2043년 6월 10일	60만원(6 x 10만원)

- 보험료 납입지원금 총액 : 1,860만원
  ① 1,800만원 지급(보험료 납입지원기간(15년) 동안 매년 120만원(12 x 10만원)
  ② 60만원 지급(보험료 납입지원 잔여기간(6개월) x 10만원)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험료납입지원금 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, 보험료납입지원금 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 보험료납입지원금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

3 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입지원금은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

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【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

[4] 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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 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] 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입지원금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

[2] 제1항 이외에도 보통약관 제1절 일반조항 제4조(보장보험료 납입면제) 제1항에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

단, 보장보험료 납입면제에 관한 판정규정은 보통약관 제1절 일반조항 제4조(보장보험료 납입면제) 제2항을 따릅니다.

[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.

제5조(준용규정)

[1] 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

[2] 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

125. 사시수술비

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

[1] 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "사시"로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 사시수술비로 지급합니다.

[2] 제1항에도 불구하고 제6조(수술의 정의와 장소) 제5항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(사시의 정의 및 진단확정)

[1] 이 특별약관에 있어서 "사시"라 함은【별표131】(사시 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "사시"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "사시"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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 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.

5 제1항의 수술에는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

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(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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

126. 부정맥질환(I49)진단비(감액없음)
126-1. 부정맥질환(I49)진단비(감액없음)【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
부정맥질환(I49)진단비	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 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표133】(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 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

127. 중증갑상선암진단비(감액없음)

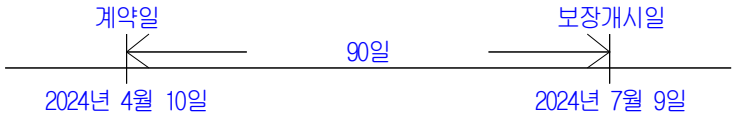
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 중증갑상선암의 보장개시일(이하 중증갑상선암보장개시일이라 합니다) 이후에 "중증갑상선암"으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 중증갑상선암진단비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
중증갑상선암진단비(감액없음)	이 특별약관의 보험가입금액 100%

② 제1항의 경우 중증갑상선암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 중증갑상선암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	중증갑상선암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 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("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 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 중증갑상선암보장개시일의 전일 이전에 "중증갑상선암"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.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비(감액없음)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(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

127-1. 중증갑상선암진단비(감액없음)【예약】

제1조(특별약관의 체결 및 보장개시)

1 이 특별약관은 "중증갑상선암진단비(감액없음) 특별약관"이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 이 특별약관의 보장개시나이 계약해당일로 합니다.

3 제2항의 보장개시나이 계약해당일이라 함은 이 보험의 사업방법서에 따라 계약자

가 선택한 시점으로, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일을 말합니다. (단, 보통약관 최초계약일과 동일한 월,일이 없는 경우 해당월의 마지막날로 합니다)

4 제2항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일 이전에 "중증갑상선암진단비(감액없음) 특별약관" 제4조(특별약관의 무효) 또는 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 "중증갑상선암진단비(감액없음) 특별약관"이 무효 또는 소멸된 경우에는 이 특별약관의 보장은 개시되지 않습니다.

5 회사는 보장개시 대상 특별약관 및 보험료에 대해 이 특별약관의 보장개시일 15일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드리며, 이 특별약관의 보장개시일 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관은 자동으로 보장이 개시됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "중증갑상선암"으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증갑상선암진단비(감액없음)로 보험수익자에게 지급합니다.

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("중증갑상선암" 의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중증갑상선암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(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.

제4조("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.

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.

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 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

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비(감액없음)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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

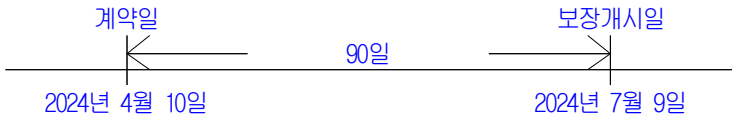
128. 암수술비(유사암제외)
128-1. 암수술비(유사암제외)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

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 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(【별표22】(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(유사암 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(유사암 제외)"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(유사암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 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(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 "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)

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(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(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암 보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하였을경우에는 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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

129. 유사암수술비
129-1. 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 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("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【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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 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(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 "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)
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(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(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 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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

130. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음)
131. 전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】

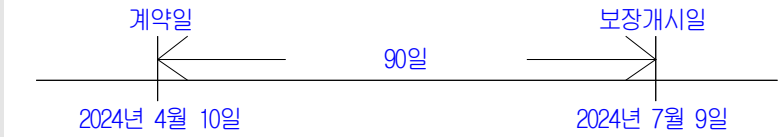
130-1. 전이암진단비(감액없음)
131-1. 전이암진단비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

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
전이암진단비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세이만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 【별표172】(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 【별표173】(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암진단비가 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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

130-2. 특정암Ⅱ진단비(감액없음)
131-2. 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

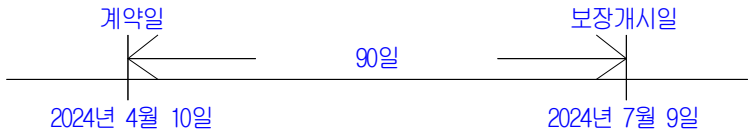
제1조(보험금의 지급사유)

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
특정암Ⅱ진단비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 진단확정)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 【별표173】(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~C79(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~C79)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 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암Ⅱ진단비가 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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

132. 질병악안면수술비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "악안면수술(급여)"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병악안면수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "악안면수술(급여)"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병악안면수술비에 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

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 다음의 질병악안면수술비에 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)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병악안면수술비에 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
7. 상해로 인한 변형, 기형에 대한 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("악안면수술(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "악안면수술(급여)"라 함은 【별표142】(악안면수술(급여) 분류표)에서 정한 악안면수술 대상 "수가코드"를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

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.

용 어 풀 이	악안면수술(급여)

· 악안면수술(급여)는 치아 맞물림(교합관계 등)과 관련이 있는 위턱뼈와 아래턱뼈가 심하게 어긋나 저작(씹기) 또는 발음기능에 문제가 있는 경우에 실시하는 수술을 말합니다.

· 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침"에서 악안면수술(급여)는 외모개선목적이 아닌 저작(씹기) 또는 발음기능개선 목적으로 다음 중 하나에 해당되어 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

1. 종양 및 외상의 후유증으로 인한 악골발육장애
2. 뇌성마비 등 병적 상태로 인해 초래되는 악골 발육장애
3. 악안면교정수술을 위한 교정치료전 상하악 전 후 교합차가 10㎜ 이상인 경우
4. 양측으로 1개 치아씩 또는 편측으로 2개 치아 이하만 교합되는 부정교합
5. 상하악 중절치 치간선(dental midline)이 10㎜ 이상 어긋난 심한 부정교합
6. 선천성 악안면 기형으로 인한 악골발육장애(구순구개열, 반안면왜소증, 피에르 로빈 증후군, 크루즌 증후군, 트리쳐 콜린스 증후군 등)

※ 상기 급여인정기준에도 불구하고, "선천성 악안면 기형으로 인한 악골발육장애" 및 "외상의 후유증으로 인한 악골발육장애"로 "악안면수술(급여)"을 받은 경우에는 질병악안면수술비를 지급하지 않습니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 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	

제6조(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.	

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

132-1. 질병악안면수술비(급여, 연간1회한)【예약】

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제3항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "악안면수술(급여)"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병악안면수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, "악안면수술(급여)"을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

3 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 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 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병악안면수술비에 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

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 다음의 질병악안면수술비에 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)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병악안면수술비에 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
7. 상해로 인한 변형, 기형에 대한 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("악안면수술(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "악안면수술(급여)"라 함은 【별표142】(악안면수술(급여) 분류표)에서 정한 악안면수술 대상 "수가코드"를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

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.

용 어 풀 이	악안면수술(급여)

· 악안면수술(급여)는 치아 맞물림(교합관계 등)과 관련이 있는 위턱뼈와 아래턱뼈가 심하게 어긋나 저작(씹기) 또는 발음기능에 문제가 있는 경우에 실시하는 수술을 말합니다.
· 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침"에서 악안면수술(급여)는 외모개선목적이 아닌 저작(씹기) 또는 발음기능개선 목적으로 다음 중 하나에 해당되어 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
1. 종양 및 외상의 후유증으로 인한 악골발육장애
2. 뇌성마비 등 병적 상태로 인해 초래되는 악골 발육장애
3. 악안면교정수술을 위한 교정치료전 상하악 전 후 교합차가 10㎜ 이상인 경우
4. 양측으로 1개 치아씩 또는 편측으로 2개 치아 이하만 교합되는 부정교합
5. 상하악 중절치 치간선(dental midline)이 10㎜ 이상 어긋난 심한 부정교합
6. 선천성 악안면 기형으로 인한 악골발육장애(구순구개열, 반안면왜소증, 피에르 로빈 증후군, 크루즌 증후군, 트리쳐 콜린스 증후군 등)

※ 상기 급여인정기준에도 불구하고, "선천성 악안면 기형으로 인한 악골발육장애" 및 "외상의 후유증으로 인한 악골발육장애"로 "악안면수술(급여)"을 받은 경우에는 질병악안면수술비를 지급하지 않습니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 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

제6조(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.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

133. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

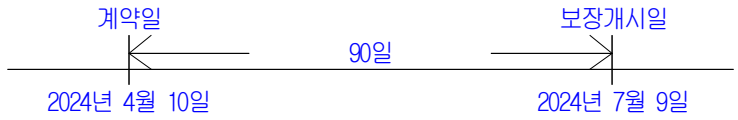
제1조(보험금의 지급사유)

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
카티(CAR-T)항암약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

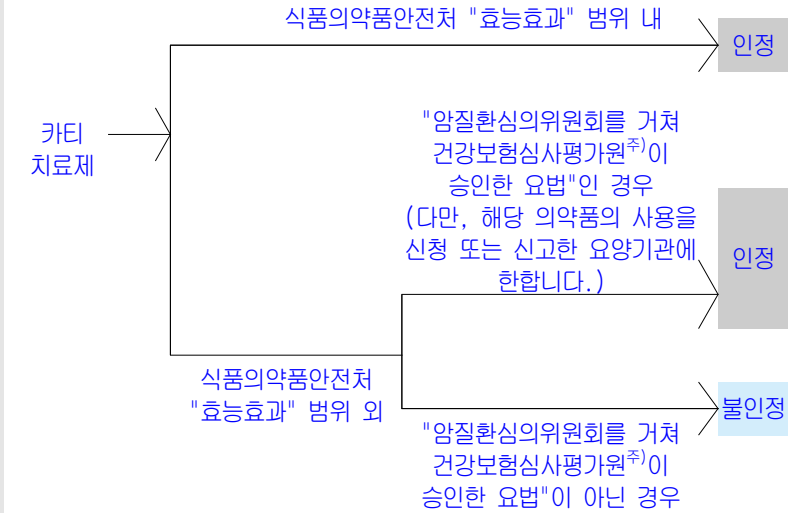
4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

5 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.

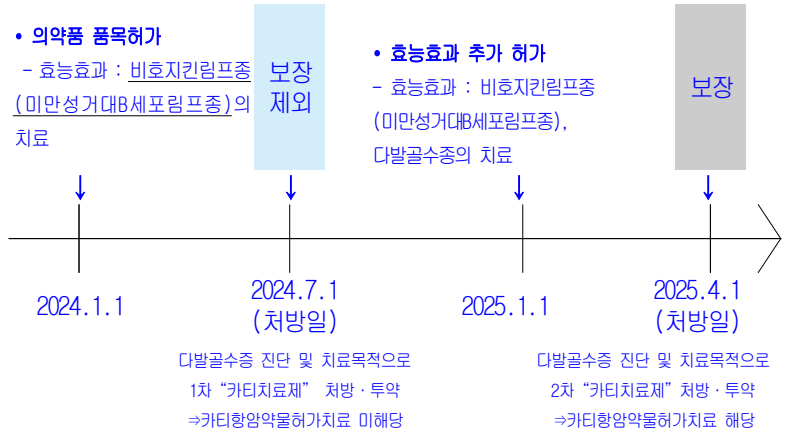
용 어 풀 이 | **카티치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



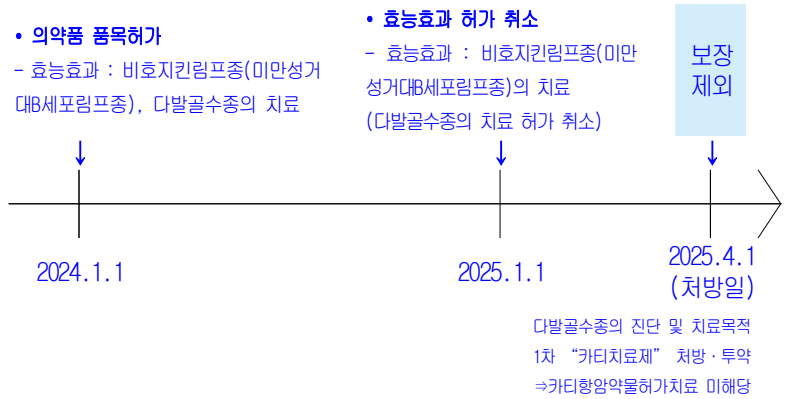
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

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.

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 부담합

니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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("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 【별표143】(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, "암질환심의위

원회를 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. 카티항암약물허가치료 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 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.	

제8조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암

보장개시일의 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제12조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

133-1. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제3항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "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
카티(CAR-T)항암약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

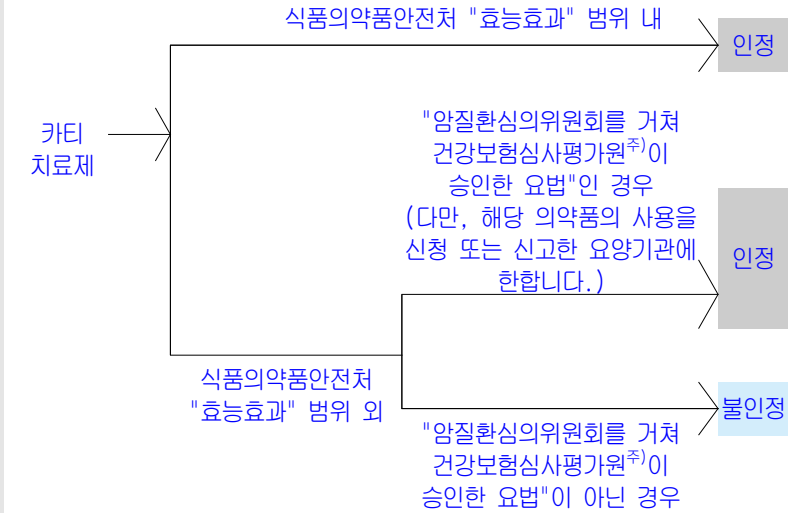
2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다

3 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 18세 계약해당일로 합니다.

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.

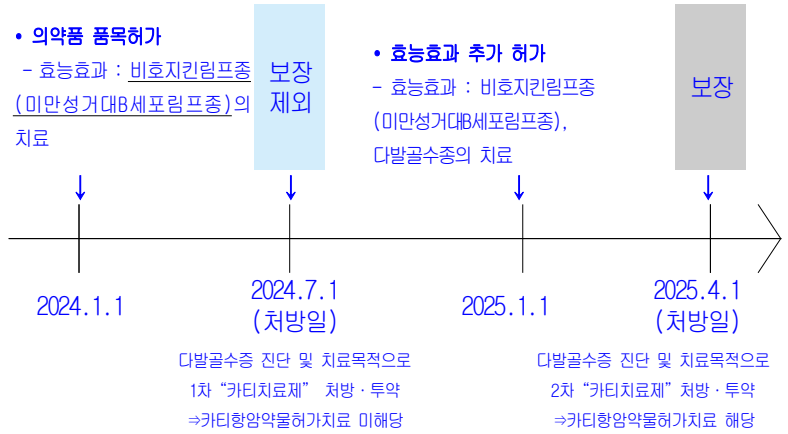
용 어 풀 이 | **카티치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



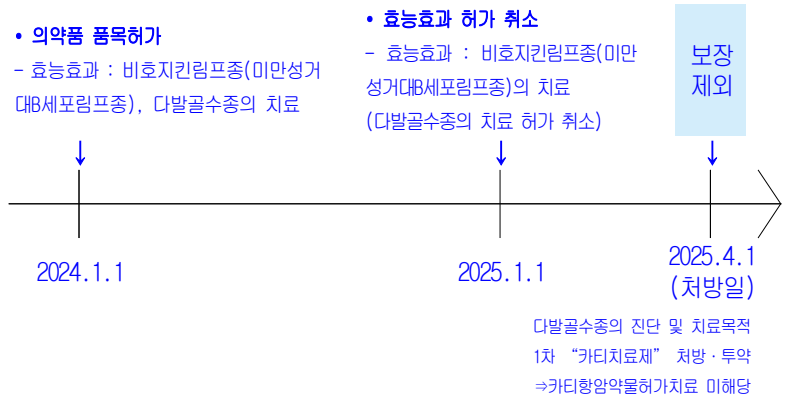
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

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.

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 부담합

니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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("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 【별표143】(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, "암질환심의위

원회를 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. 카티항암약물허가치료 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 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.	

제8조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 보통약관의 보험계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 "암(기

타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

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)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

134. 질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급)
134-1. 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 반복 지급이 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 않

습니다.

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(【별표112】(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 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 "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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

135. 혈전용해치료비II(최초1회한)(감액없음)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 혈전용해치료비II(최초1회한)(감액없음)(뇌졸중) 보장
- 혈전용해치료비II(최초1회한)(감액없음)(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 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액
혈전용해치료비II	뇌졸중	해당 보장의 보험가입금액 100%
	특정심장질환	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 【별표27】(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 사본제

출을 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 【별표167】(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 혈전용해 치료에서 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

135-1. 혈전용해치료비II(최초1회한)(감액없음)【예약】

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 혈전용해치료비II(최초1회한)(감액없음)(뇌졸중) 보장
- 혈전용해치료비II(최초1회한)(감액없음)(특정심장질환) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 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 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액
혈전용해치료비II	뇌졸중	해당 보장의 보험가입금액 100%
	특정심장질환	해당 보장의 보험가입금액 100%

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 합니다.

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 【별표27】(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 【별표167】(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 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장은 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 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 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 계약자

적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

136. 혈전용해치료비II(연간1회한)(감액없음)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 혈전용해치료비II(연간1회한)(감액없음)(뇌졸중) 보장
- 혈전용해치료비II(연간1회한)(감액없음)(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 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액
혈전용해치료비II	뇌졸중	해당 보장의 보험가입금액 100%
	특정심장질환	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 【별표27】(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 【별표167】(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 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)
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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

136-1. 혈전용해치료비II(연간1회한)(감액없음)【예약】

제1조(보장의 범위)
이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 혈전용해치료비II(연간1회한)(감액없음)(뇌졸중) 보장
- 혈전용해치료비II(연간1회한)(감액없음)(특정심장질환) 보장

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 제3항에서 정한 보장개시일 이후 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 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액
혈전용해치료비II	뇌졸중	해당 보장의 보험가입금액 100%
	특정심장질환	해당 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
3 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 합니다.

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 【별표27】(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 【별표167】(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 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

137. 항암약물치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 항암약물치료비(급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장
· 항암약물치료비(비급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장

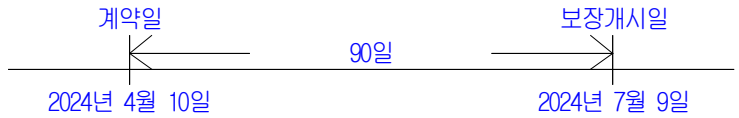
제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고, "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우에는 급여 및 비급여 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지 급 금 액
급여 항암약물치료 (전액본인부담 제외)	해당 보장의 보험가입금액 100%
비급여 항암약물치료 (전액본인부담 포함)	

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세이만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

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("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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)"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

제5조(급여 항암약물치료 및 비급여 항암약물치료의 정의)

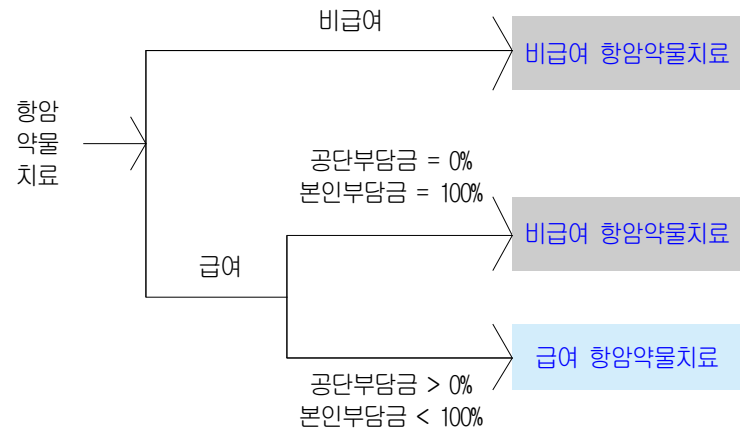
1 "항암약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "급여 항암약물치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 단, 요양급여 비용 또는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우(전액본인부담)는 제외합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "비급여 항암약물치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암약물치료" 중 아래에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 「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)
2. 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)

용 어 풀 이	항암약물치료의 급여 및 비급여 분류



제6조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 항암약물치료비(급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장 및 항암약물치료비(비급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장은 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암약물치료비를 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 항암약물치료비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 항암약물치료비에 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.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

138. 신특정순환계질환진단비(감액없음)
138-1. 신특정순환계질환진단비(감액없음)【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
신특정순환계질환진단비	이 특별약관의 보험가입금액

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 【별표182】(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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

139. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)
139-1. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병(뇌, 심장)"으로 진단확

정되고, "2대질병(뇌, 심장)"의 직접적인 치료를 목적으로 "보험금 지급 대상기간" 이내에 "2대질병(뇌, 심장) 주요치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

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 | 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 【별표183-1】(2대질병(뇌혈관질환) 분류표)에서 정한 "2대질병(뇌혈관질환)" 및 【별표183-2】(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("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(【별표10】 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 제28조(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 제36조(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(특별약관의 자동갱신)

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 "2대질병(뇌, 심장)"으로 최초 진단확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

3 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제12조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

140. 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "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 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 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("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, 제5조(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 【별표165】(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)" 필수 기재), 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 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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

141. 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중 "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 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 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("자궁 생검 조직병리진단(급

여)"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, 제5조(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 【별표166】(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)" 필수 기재), 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 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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

141-1. 자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)【예약】

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 이 특별약관의 보험기간 중 "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 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

3 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 10세 계약해당일로 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, 제5조(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 【별표166】(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)" 필수 기재), 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 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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

142. 결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
142-1. 결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 보험기간 중 "결핵질환자 산정특례대상"으로 등록된 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 결핵질환자 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
결핵질환자 산정특례대상 보장보험금	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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "결핵질환자 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵질환자 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("결핵질환자 산정특례대상"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "결핵질환자 산정특례대상"이라 함은 【별표170】(결핵질환자 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

부 가 설 명	결핵질환자 산정특례 등록신청 절차

"결핵질환자 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 "결핵질환자 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지

되는 것으로 합니다.
6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.
8 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵질환자 산정특례대상보장보험금이 지급된 경우에는 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)

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)

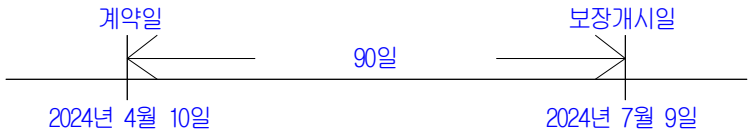
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

143. 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
143-1. 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상의 보장개시일(이하 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일이라 합니다) 이후에 "중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례 대상질환"으로 진단확정되고, 그 "중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례 대상질환"을 직접적인 원인으로 보험기간 중에 "산정특례 신규등록"되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 경우 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례 대상질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례 대상질환"이라 함은【별표146】(중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병 중 제2항에서 정한 "유사암" 및 제7항에서 정한 "특정소액암" 을 제외한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암", 제5항에서 정한 "제자리암" 및 제6항에서 정한 "경계성종양"을 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【별표23】(제자리 신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표24】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "특정소액암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표171】(특정소액암 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

8 이 특별약관에 있어서 "뇌·수막의 양성신생물"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표148】(뇌·수막의 양성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

9 "중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례 대상질환"("뇌·수막의 양성신생물" 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 "중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례 대상질환"("뇌·수막의 양성신생물" 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례 대상질환"("뇌·수막의 양성신생물" 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

10 "뇌·수막의 양성신생물"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(신경외과의사 등) 면허를 가진 자에 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 "뇌·수막의 양성신생물"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

11 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례

적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도
국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도	

부 가 설 명	중증질환자 암질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간
- "중증질환자 암질환 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자(암) 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. - 중증질환자 암질환의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용됩니다.	

제4조("산정특례 신규등록"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 신규암으로【별표147】(중증질환자 암질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "신규암"이라 함은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 "신규암"으로 표기된 경우를 말합니다.

3 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

부 가 설 명	중증질환자 암질환 산정특례 재등록
"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있습니다.	

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 중증질환자(암) 산정특례대상 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.

8 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 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)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일의 전일 이전에 "중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례 대상질환" 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.

② 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자 암(유사암 및 특정소액암 제외) 산정특례대상보장보험금이 지급된 경우에는 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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

144. 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)

144-1. 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

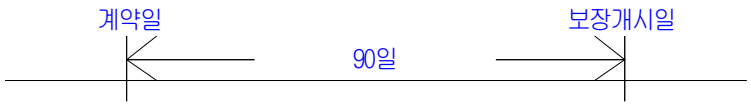
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상의 보장개시일(이하 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일이라 합니다) 이후에 "중증질환자(특정소액암) 산정특례 대상질환"으로 진단확정되고, 그 "중증질환자(특정소액암) 산정특례 대상질환"을 직접적인 원인으로 보험기간 중에 "산정특례 신규등록" 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상 보장보험금	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("중증질환자(특정소액암) 산정특례 대상질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "중증질환자(특정소액암) 산정특례 대상질환"이라 함은 제2항에서 정한 "특정소액암"을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정소액암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표171】(특정소액암 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

3 "중증질환자(특정소액암) 산정특례 대상질환"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 "중증질환자(특정소액암) 산정특례 대상질환"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증질환자(특정소액암) 산정특례 대상질환"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

4 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

부 가 설 명	중증질환자 암질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- "중증질환자 암질환 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자(암) 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암질환의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용됩니다.

제4조("산정특례 신규등록"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 신규암으로 【별표147】(중증질환자 암질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "신규암"이라 함은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 "신규암"으로 표기된 경우를 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

부 가 설 명	중증질환자 암질환 산정특례 재등록
"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있습니다.	

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 중증질환자(암) 산정특례대상 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.

⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일의 전일 이전에 "중증질환자(특정소액암) 산정특례 대상질환"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장보험금이 지급된 경우에는 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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

145. 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
145-1. 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "중증질환자(유사암) 산정특례 대상질환"으로 진단확정되고, 그 "중증질환자(유사암) 산정특례 대상질환"을 직접적인 원인으로 보험기간 중에 "산정특례 신규등록" 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
중증질환자(유사암) 산정특례대상 보장보험금	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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(유사암) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("중증질환자(유사암) 산정특례 대상질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "중증질환자(유사암) 산정특례 대상질환"이라 함은 제2항에서 정한 "유사암"을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에

서 정한 "갑상선암", 제5항에서 정한 "제자리암" 및 제6항에서 정한 "경계성종양"을 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 【별표23】(제자리 신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표24】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

7 "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

8 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

부 가 설 명	중증질환자 암질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- "중증질환자 암질환 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자(암) 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암질환의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용됩니다.

제4조("산정특례 신규등록"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 신규암으로 【별표147】(중증질환자 암질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "신규암"이라 함은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 "신규암"으로 표기된 경우를 말합니다.

3 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

부 가 설 명	중증질환자 암질환 산정특례 재등록

"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조(산정특례 재등록)
건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 중증질환자(암) 산정특례대상 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.

8 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 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 중증질환자(유사암) 산정특례대상보장보험금이 지급된 경우에는 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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

146. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)
146-1. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 보장
- 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 보장

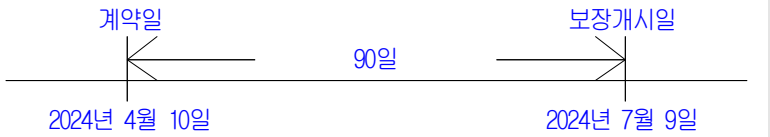
제2조(보험금의 지급사유)

<중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 보장>

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 중증질환자(중복암) 산정특례대상의 보장개시일(이하 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일이라 합니다) 이후에 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"으로 진단확정되고, 그 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"을 직접적인 원인으로 보험기간 중에 "산정특례 중복암 등록"되었을 경우 이 보장의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 이 보장의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

<중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) 보장>

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 중증질환자(재등록암) 산정특례대상의 보장개시일(이하 중증질환자(재등록암) 산정특례대상 보장개시일이라 합니다) 이후에 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"으로 진단확정되고, 그 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"을 직접적인 원인으로 보험기간 중에 "산정특례 재등록암 등록" 되었을 경우 이 보장의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 중증질환자(재등록암) 산정특례대상 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 5년이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	중증질환자(재등록암) 산정특례대상 보장개시일



3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 중증질환자(재등록암) 산정특례대상 보장개시일은 이 보장의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 중증질환자(재등록암) 산정특례대상 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자 중복암 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

3 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증

질환자 재등록암 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제4조("중증질환자(암) 산정특례 대상질환" 등의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"이라 함은 【별표146】(중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "중증질환자 암(유사암 제외) 산정특례 대상질환"이라 함은 【별표146】(중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병 중 제3항에서 정한 "유사암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제4항에서 정한 "기타피부암", 제5항에서 정한 "갑상선암", 제6항에서 정한 "제자리암" 및 제7항에서 정한 "경계성종양"을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표23】(제자리 신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표24】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

8 이 특별약관에 있어서 "뇌·수막의 양성신생물"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표148】(뇌·수막의 양성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

9 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"("뇌·수막의 양성신생물" 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 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"("뇌·수막의 양성신생물" 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"("뇌·수막의 양성신생물" 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

10 "뇌·수막의 양성신생물"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(신경외과의사 등) 면허를 가진 자에 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 "뇌·수막의 양성신생물"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

11 제1항 및 제2항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

부 가 설 명	중증질환자 암질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- "중증질환자 암질환 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자(암) 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암질환의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용됩니다.

제5조("산정특례 중복암 등록" 등의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "산정특례 중복암 등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 "중복암"으로 【별표147】(중증질

환자 암질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "중복암"이라 함은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조 제4항에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 "중복암"으로 표기된 경우를 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "산정특례 재등록암 등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 "재등록암"으로 【별표147】(중증질환자 암질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "재등록암"이라 함은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 "재등록암"으로 표기된 경우를 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "신규암"이라 함은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 "신규암"으로 표기된 경우를 말합니다.

부 가 설 명	중증질환자 암질환 산정특례 중복암 등록
"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제4항 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일부터 산정특례를 적용한다.	

부 가 설 명	중증질환자 암질환 산정특례 재등록
"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있습니다.	

제6조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 중증질환자(암) 산정특례대상 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.

8 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결

과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유)의 "중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일"의 전일 이전에 신규암에 해당하는 "중증질환자 암(유사암 제외) 산정특례 대상질환"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

2 제1항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유)의 "중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일"의 전일 이전에 중복암에 해당하는 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"으로 진단확정되는 경우에는 "중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(최초1회한) 보장"은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다.

3 제1항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유)의 "중증질환자(재등록암) 산정특례대상 보장개시일"의 전일 이전에 재등록암에 해당하는 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"으로 진단확정되는 경우에는 "중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한) 보장"은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다.

4 다만, 제1항 내지 제3항에 대하여 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.

5 제1항 내지 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

<중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(최초1회한) 보장>

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장보험금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장은 소멸되며 이 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.

<중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한) 보장>

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장보험금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 중증질환자(재등록암)은 산정특례대상보장은 소멸되며 이 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.

3 피보험자가 보험기간 종료일(갱신계약의 경우 최종 갱신종료일)까지의 잔여보험기간이 그 날을 포함하여 5년이 되는 날까지 신규암에 해당하는 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"으로 진단확정된 적이 없는 경우에는 이 보장은 소멸되며, 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당시점의 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(특별약관의 자동갱신)

<중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(최초1회한) 보장>

1 이 보장의 【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.

<중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한) 보장>

1 이 보장의 【갱신계약】은 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

2 제1항에도 불구하고 이 보장의 갱신시점에서 (갱신종료나이-5세)까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-5)세인 경우에는 5년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-5)세까지 신규암에 해당하는 "중증질환자(암) 산정특례 대상질환"으로 진단확정된 적이 없는 경우에는

(갱신종료나이-5)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제12조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

147. 통합 뇌질병진단비(감액없음)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 뇌혈관질환(협착증)진단비(감액없음) 보장
- 뇌혈관질환(뇌졸중제외)진단비(감액없음) 보장
- 뇌혈관질환(뇌경색·뇌출혈)진단비(감액없음) 보장
- 뇌전증진단비(감액없음) 보장
- 일과성뇌허혈발작진단비(감액없음) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 통합뇌질병으로 진단 확정되었을 때에는 질병 구분에 따라 각각 최초1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 통합뇌질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액
통합뇌질병진단비	뇌혈관질환(협착증)진단비(감액없음)	해당 보장의 보험가입금액 100%
	뇌혈관질환(뇌졸중제외)진단비(감액없음)	해당 보장의 보험가입금액 100%
	뇌혈관질환(뇌경색·뇌출혈)진단비(감액없음)	해당 보장의 보험가입금액 100%
	뇌전증진단비(감액없음)	해당 보장의 보험가입금액 100%
	일과성뇌허혈발작진단비(감액없음)	해당 보장의 보험가입금액 100%

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(통합뇌질병 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "통합뇌질병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(통합뇌질병 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "통합뇌질병"이라 함은 "뇌전증", "일과성뇌허혈발작", "뇌혈관질환(뇌경색·뇌출혈)", "뇌혈관질환(협착증)" 및 "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "뇌전증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌전증으로 분류되는 질병(【별표9】(통합뇌질병 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "일과성뇌허혈발작"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 일과성뇌허혈발작으로 분류되는 질병(【별표9】(통합뇌질병 분류표) 참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환(뇌경색·뇌출혈)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌혈관질환(뇌경색·뇌출혈)으로 분류되는 질병(【별표9】(통합뇌질병 분류표) 참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환(협착증)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌혈관질환(협착증)으로 분류되는 질병(【별표9】(통합뇌질병 분류표) 참조)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌혈관질환(뇌졸중제외)으로 분류되는 질병(【별표9】(통합뇌질병 분류표) 참조)을 말합니다.

7 "뇌전증"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 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.

8 "일과성뇌허혈발작"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 뇌영상검사(초음파, CT, MRI 등) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "일과성뇌허혈발작"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

9 "뇌혈관질환(뇌경색·뇌출혈)", "뇌혈관질환(협착증)" 및 "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"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 "뇌혈관질환(뇌경색·뇌출혈)", "뇌혈관질환(협착증)" 및 "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

10 제7항 내지 제9항에도 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 뇌전증, 일과성뇌허혈발작, 뇌혈관질환(뇌경색·뇌출혈), 뇌혈관질환(협착증) 또는 뇌혈관질환(뇌졸중제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌전증, 일과성뇌허혈발작, 뇌혈관질환(뇌경색·뇌출혈), 뇌혈관질환(협착증) 또는 뇌혈관질환(뇌졸중제외)으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합뇌질병진단비를 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 통합뇌질병진단비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 통합뇌질병진단비에 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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

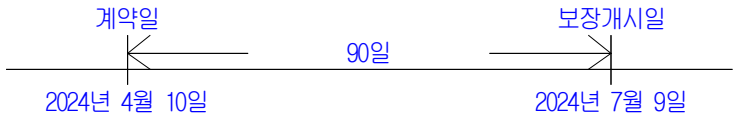
148. 항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선,음경,고환)암)(감액없음)

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. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(【별표37】(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 "남성생식기관련(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

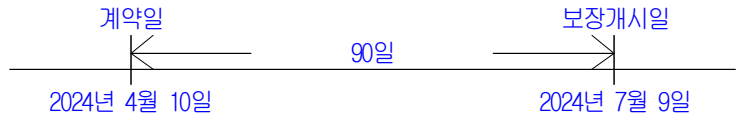
149. 항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁,난소,외음,질,태반)암)(감액없음)

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 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(【별표69】(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

150. 암직접치료통원일당(종합병원)

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.

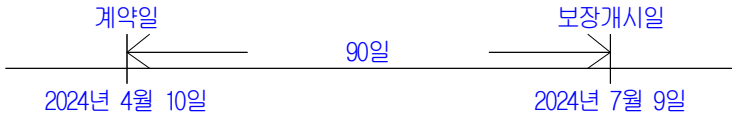
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때

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 다

음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료통원일당을 지급합니다.

4 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(종합병원의 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(【별표22】(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 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(행동양식 불

명 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(종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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 무

효로 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

151. 뇌혈관질환통원일당(연간30일한도)

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 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

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 【별표48】(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 전산화 단층촬영(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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

152. 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

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 합의하

지 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 【별표48】(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 전산화 단층촬영(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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

153. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

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 경우에만 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 【별표48】(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 전산화 단층촬영(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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

154. 허혈성심장질환통원일당(연간30일한도)

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 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

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 【별표49】(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(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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

155. 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

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 치료

가 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 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 【별표49】(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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

156. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
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 목적으로 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 【별표49】(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 기

준을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

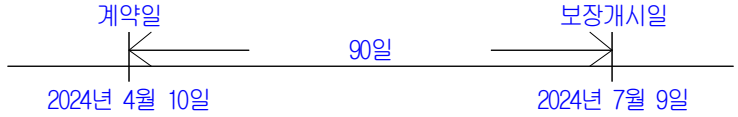
157. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료Ⅱ"("비급여(전액본인부담 포함) 암수술", "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료", "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료Ⅱ")를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암(기타피부암, 갑상선암 포함)의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제1항에서 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"

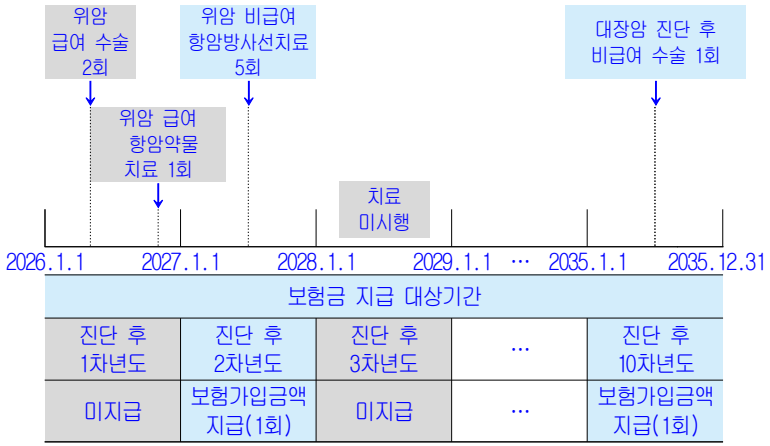
의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년까지의 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료II"를 받은 경우에는 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급 대상기간"으로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

5 제1항에서 "연간"이란 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 진단해당일("암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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	비급여(전액본인부담 포함) 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
미지급	보험가입금액 지급(1회)	미지급	…	보험가입금액 지급(1회)

※ 2026년 1월 1일 위암 최초 진단 이후 위암 이외의 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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, 갑상선암 포함)"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(기타피부암, 갑상선암 포함)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표22】(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 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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 포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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 주요치료II"의 정의)

1 "비급여(전액본인부담 포함) 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, 갑상선암 포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
2. "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료" 또는 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료II"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 제1호에서 "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 제2호에서 "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 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료II"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항의 "비급여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

7 "비급여(전액본인부담 포함) 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 "비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료II"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(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 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.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

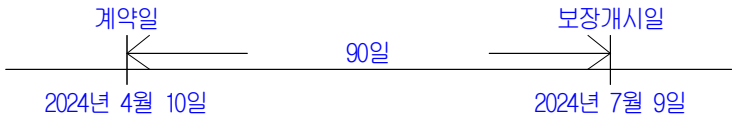
158. 비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비Ⅱ (진단후 10년, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료Ⅱ"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암(기타피부암, 갑상선암 포함)의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

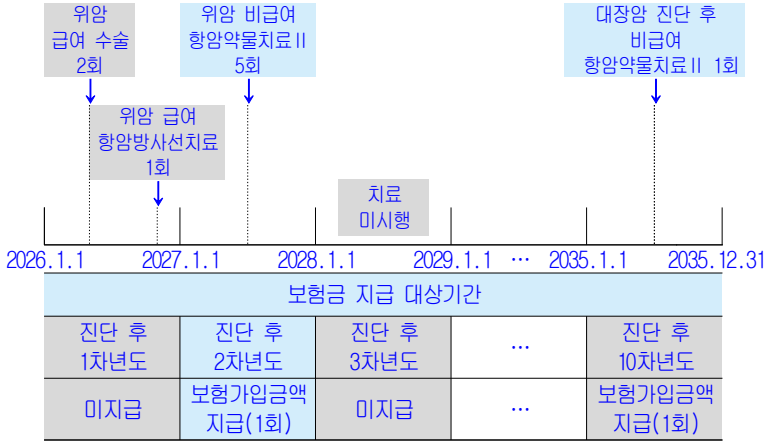
3 제1항에서 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년까지의 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료Ⅱ"를 받은 경우에는 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급 대상기간"으로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

5 제1항에서 "연간"이란 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 진단해당일("암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비 지급 예시

· 해당 특별약관 계약일 : 2024년 1월 1일
· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일
· 대장암 최초 진단확정일 : 2035년 1월 1일



※ 2026년 1월 1일 위암 최초 진단 이후 위암 이외의 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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, 갑상선암 포함)"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(기타피부암, 갑상선암 포함)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"이라 함은 제9차 한국표준

질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표22】(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 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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 포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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) 항암약물치료Ⅱ"의 정의)

1 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료Ⅱ"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 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료Ⅱ"를 받은 경우를 말합니다.

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 제1항에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료Ⅱ"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항의 "비급여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

5 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료Ⅱ"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) 항암약물치료Ⅱ"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

제5조(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.

제6조(특별약관의 무효)
1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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.
2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 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.

제8조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)
이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제9조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제1절 일반조항 제36조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암보장개시일 이후에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

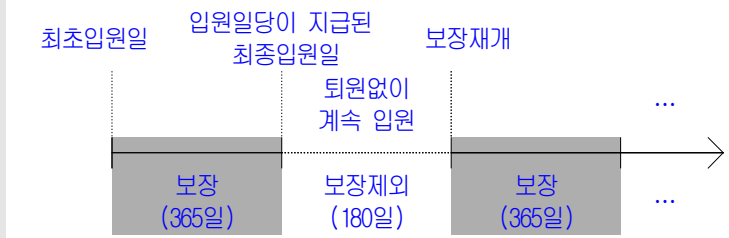
제11조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

159. 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)Q

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 해당병원이 "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 해당병원이 "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 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

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

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 병

원이나 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

160. 질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)Q

제1조(보험금의 지급사유)

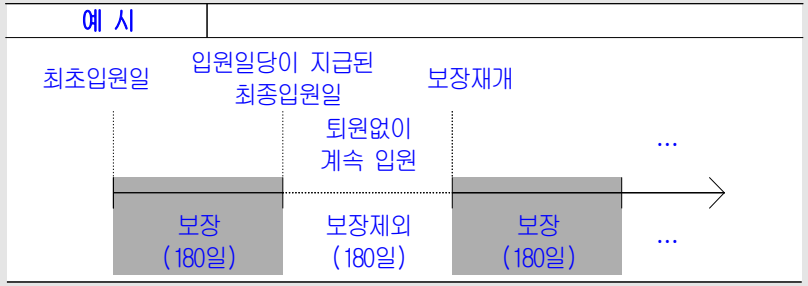
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

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 해당병원이 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 해당병원이 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 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

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

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

161. 간호간병통합서비스 질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일)

161-1. 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.

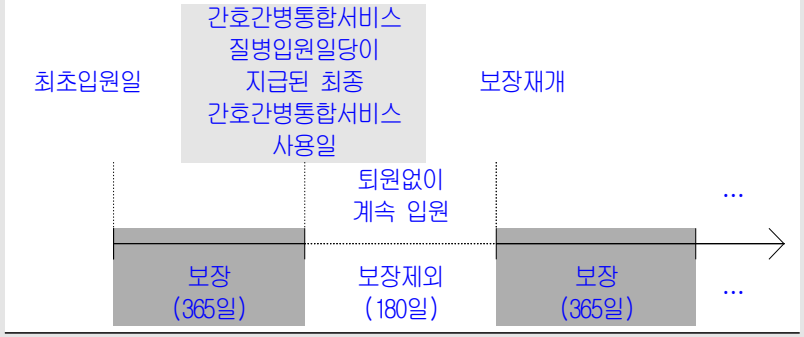
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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. 다

만, 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 제공할수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 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 호의어느 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 현저히곤란하다고 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"이란 병원, 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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(특별약관의 자동갱신)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

162. 간병인사용 질병입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)
162-1. 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 간병인사용 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

지급기준	지급금액
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.

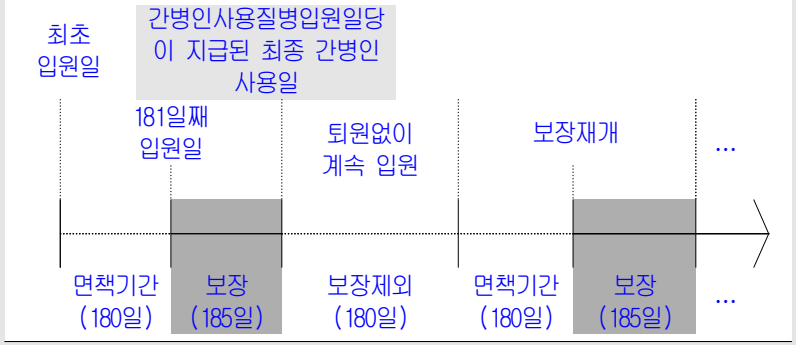
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

다.

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 활동

을 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 제7조(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(사업자등록된 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 사업자등록된 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(특별약관의 자동갱신)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

163. 종합병원 질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)Q

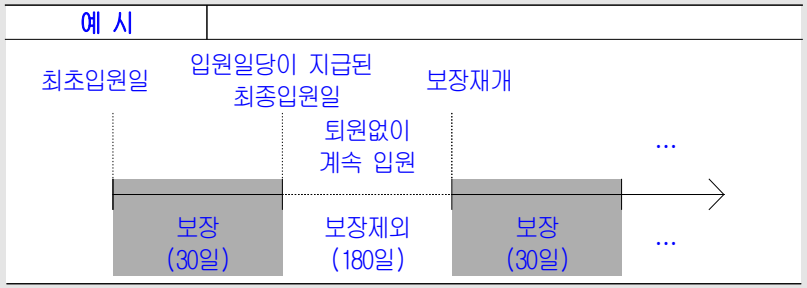
제1조(보험금의 지급사유)

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 지급된 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 해당병원이 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 해당병원이 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 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 제7조(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
다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

용 어 풀 이	심신상실

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

164. 상급종합병원 질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)Q

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.

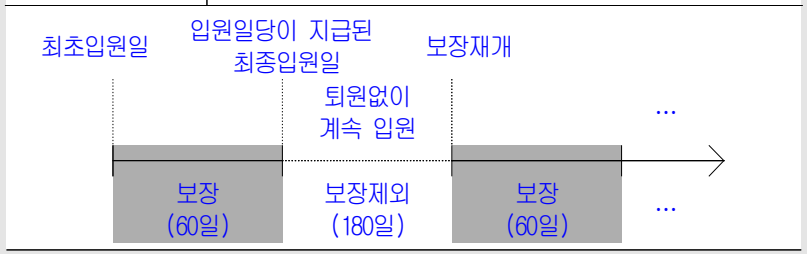
2 제1항의 상급종합병원 질병입원일당(1인실)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 60일을 계산합니다.

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.

예 시



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 해당병원이 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 해당병원이 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 제7조(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

다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

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

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

165. 암수술비(유사암제외)(30%체증형)

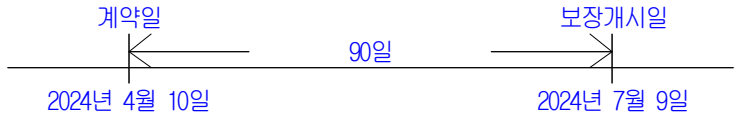
제1조(보험금의 지급사유)

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 경우에는 수술 회차에 따라 아래에 정한 금액을 암수술비(유사암제외)(30%체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
암수술비(유사암제외)(30%체증형) 1회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 100%
암수술비(유사암제외)(30%체증형) 2회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 130%
암수술비(유사암제외)(30%체증형) 3회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 160%
암수술비(유사암제외)(30%체증형) 4회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 190%
암수술비(유사암제외)(30%체증형) 5회차이상 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 220%

2 제1항의 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

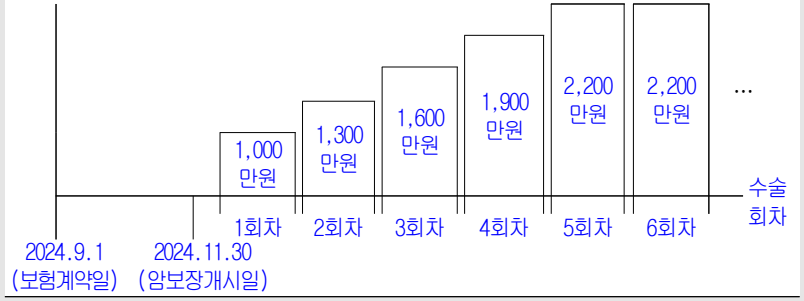
예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

예 시	회차별 지급금액 예시

· **보험계약일** : 2024.9.1.
· **보험가입금액** : 1,000만원
1회차 수술시 : 1,000만원
2회차 수술시 : 1,300만원 = 1,000만원 × 130%
3회차 수술시 : 1,600만원 = 1,000만원 × 160%
4회차 수술시 : 1,900만원 = 1,000만원 × 190%
5회차이상 수술시 : 2,200만원 = 1,000만원 × 220%



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술비(유사암제외)(30%체증형) 보험금이 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(【별표22】(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(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(유사암 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(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)

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(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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)"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.

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

166. 뇌혈관질환수술비(30%체증형)(감액없음)

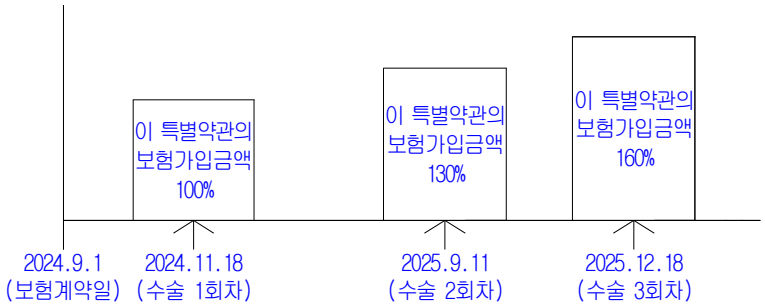
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 회차에 따라 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환수술비(30%체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
뇌혈관질환수술비(30%체증형) 1회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 100%
뇌혈관질환수술비(30%체증형) 2회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 130%
뇌혈관질환수술비(30%체증형) 3회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 160%
뇌혈관질환수술비(30%체증형) 4회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 190%
뇌혈관질환수술비(30%체증형) 5회차이상 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 220%

예 시 | **수술시 회차별 지급금액 예시**

· **보험계약일** : 2024.9.1



· **뇌혈관질환 1회차 수술**
- 수술일자 : 2024.11.18
- 지급금액 : 이 특별약관의 보험가입금액 100%

· **뇌혈관질환 2회차 수술**
- 수술일자 : 2025.9.11
- 지급금액 : 이 특별약관의 보험가입금액 130%

· **뇌혈관질환 3회차 수술**
- 수술일자 : 2025.12.18
- 지급금액 : 이 특별약관의 보험가입금액 160%

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 【별표48】(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 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

167. 허혈성심장질환수술비(30%체증형)(감액없음)

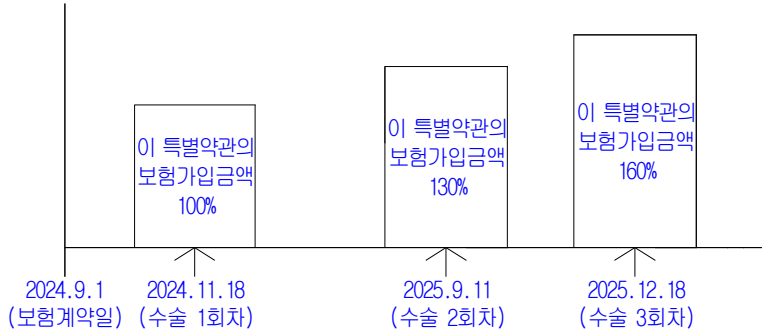
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 회차에 따라 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환수술비(30%체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
허혈성심장질환수술비(30%체증형) 1회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 100%
허혈성심장질환수술비(30%체증형) 2회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 130%
허혈성심장질환수술비(30%체증형) 3회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 160%
허혈성심장질환수술비(30%체증형) 4회차 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 190%
허혈성심장질환수술비(30%체증형) 5회차이상 수술시	이 특별약관의 보험가입금액 220%

예 시	수술시 회차별 지급금액 예시

· **보험계약일** : 2024.9.1



· **허혈성심장질환 1회차 수술**
- 수술일자 : 2024.11.18
- 지급금액 : 이 특별약관의 보험가입금액 100%

· **허혈성심장질환 2회차 수술**
- 수술일자 : 2025.9.11
- 지급금액 : 이 특별약관의 보험가입금액 130%

· **허혈성심장질환 3회차 수술**
- 수술일자 : 2025.12.18
- 지급금액 : 이 특별약관의 보험가입금액 160%

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 【별표49】(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 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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

168. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간15회한)

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 재활치료Ⅱ(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 질병재활치료Ⅱ(급여)"라 합니다)

2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "질병 재활치료II(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 질병재활치료II(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 "입원 질병재활치료II(급여)" 횟수와 "통원 질병재활치료II(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 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 재활치료II(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "질병 재활치료II(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. 다만, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 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(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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

169. 질병재활치료비II(급여, 1일1회한, 연간30회한)

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 재활치료II(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 질병재활치료II(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "질병 재활치료II(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 질병재활치료II(급여)"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 "입원 질병재활치료II(급여)" 횟수와 "통원 질병재활치료II(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 재활치료II(급여)"의 정의)
1 이 특별약관에 있어서 "질병 재활치료II(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. 다만, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 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(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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

170. 질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간60회한)

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 재활치료Ⅱ(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 질병재활치료Ⅱ(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "질병 재활치료Ⅱ(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 질병재활치료Ⅱ(급여)"라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 "입원 질병재활치료Ⅱ(급여)" 횟수와 "통원 질병재활치료Ⅱ(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 재활치료Ⅱ(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "질병 재활치료Ⅱ(급여)"라 함은 질병 자체 또는 질병 치료

로 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. 다만, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 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(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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

171. 항암방사선약물치료비(감액없음)
171-1. 항암방사선약물치료비(감액없음)【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 항암방사선약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 암의 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고 그 "암

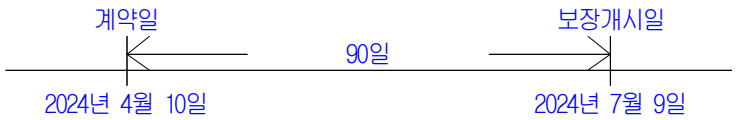
(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선약물치료를 받은 경우

2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선약물치료를 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 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

5 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 제1항 제1호의 항암방사선약물치료비를 지급받은 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 항암방사선약물치료를 받은 경우에는 항암방사선약물치료비를 지급하지 않습니다.

6 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

7 "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.

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(【별표22】(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단 확정되어 항암방사선약물치료비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다. 다만, "기타피부암", "갑상선암"으로 인한 항암방사선약물치료비만 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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

172. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)
172-1. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

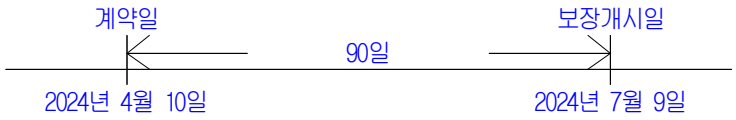
제1조(보험금의 지급사유)

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
비급여 표적항암약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

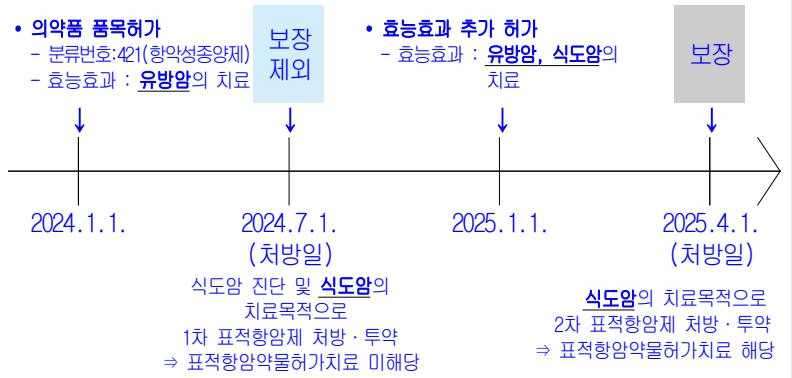
4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

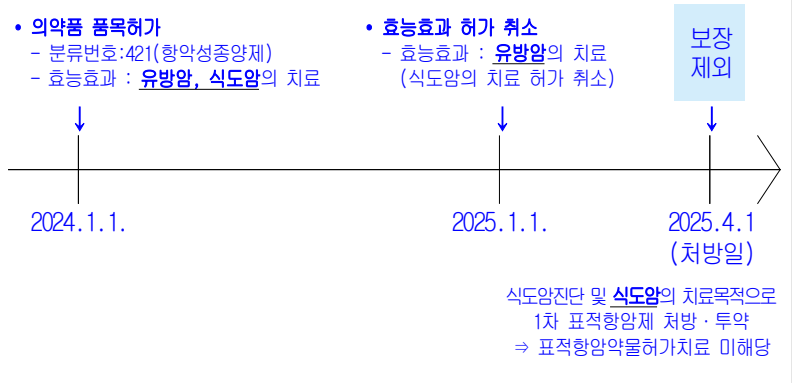
1 제1조(보험금의 지급사유)의 비급여 표적항암약물허가치료비는 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다.

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.

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("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서악성

신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 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.

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 참고자료이므로, 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. 급여적용여부
      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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

173. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】
173-1. 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "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.

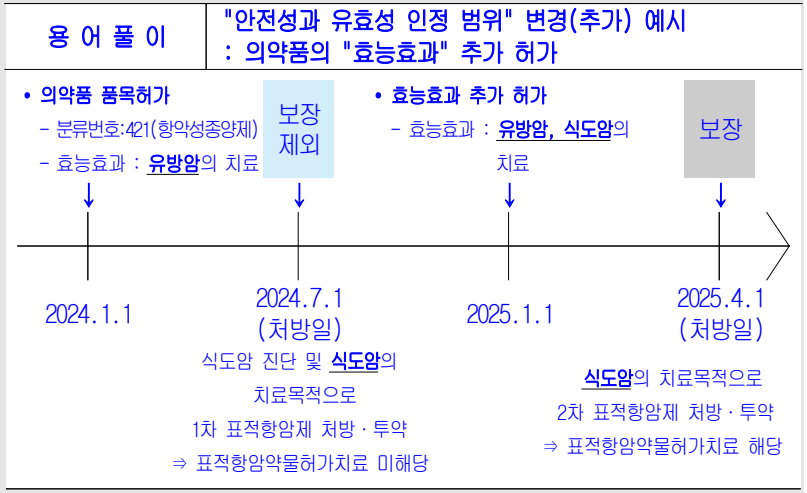
구 분	지 급 금 액
비급여 표적항암약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 18세 계약해당일로 합니다.

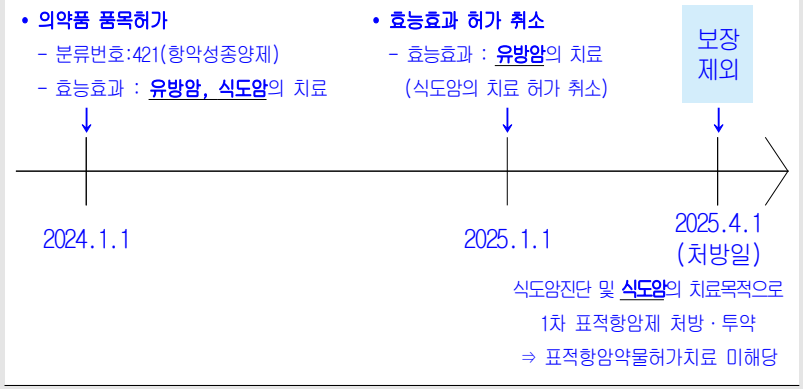
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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.



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("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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 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, 호르

몬 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 포함

되어야 합니다)
ㄱ. 진단명
ㄴ. 투약한 약제의 제품명
ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내 사용 여부
ㄹ. 급여적용여부
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 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 보통약관의 보험계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 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)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

174. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(감액없음)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 9개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

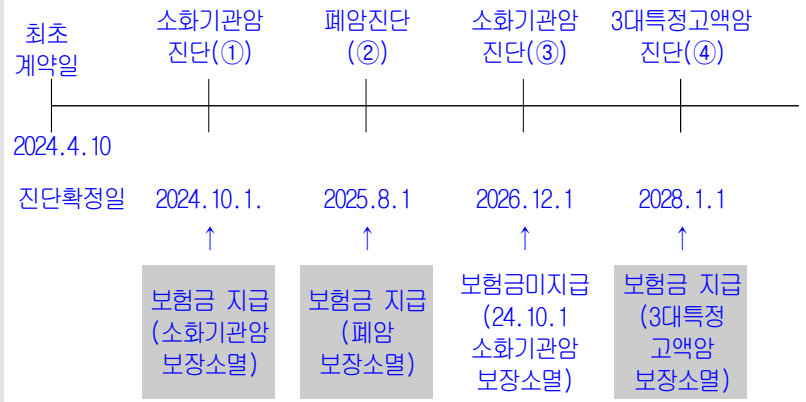
- 특정소액암진단비Ⅱ(감액없음) 보장
- 생식기암 및 비뇨기관암진단비(자궁,전립선,방광제외) 보장
- 소화기관암진단비 보장
- 혈액암진단비 보장
- 두경부암진단비 보장
- 11대특정암진단비 보장
- 폐암진단비 보장
- 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암진단비 보장
- 3대특정고액암진단비 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 통합암Ⅱ(유사암제외)으로 진단확정된 경우에는 암구분에 따라 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
특정소액암진단비II(감액없음)	해당 보장의 보험가입금액 100%
생식기암 및 비뇨기관암진단비(자궁,전립선,방광제외)	
소화기관암진단비	
혈액암진단비	
두경부암진단비	
11대특정암진단비	
폐암진단비	
간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암진단비	
3대특정고액암진단비	

예 시	보험금 지급



※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 소화기관암은 소화기관암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 소화기관암 보장 소멸

② : 2025.8.1.에 진단확정된 폐암은 폐암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐암 보장 소멸

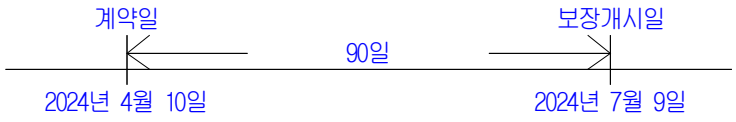
③ : 보험금 미지급
(이미 2024.10.1.에 소화기관암 보장은 소멸되었으므로, 2026.12.1. 진단확정된 소화기관암 보험금 미지급)

④ : 2028.1.1.에 진단확정된 3대특정고액암은 3대특정고액암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 3대특정고액암 보장 소멸

※ 위의 예시에서 소멸된 보장은「소화기관암」,「폐암」,「3대특정고액암」, 유지되는 보장은「특정소액암II(감액없음)」,「생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)」,「혈액암」,「두경부암」,「11대특정암」」,「간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암」

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

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("통합암II(유사암제외)" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "통합암II(유사암제외)"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("통합암II(유사암제외)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "통합암II(유사암제외)"이라 함은 "특정소액암II", "생식기암 및 비뇨기관암진단비(자궁,전립선,방광제외)", "소화기관암", "혈액암", "두경부암", "11대특정암", "폐암", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암" 및 "3대특정고액암"을 총칭합니다. 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 "특정소액암II"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정소액암II으로 분류되는 질병(【별표177】(통합암II(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "소화기관암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 소화기관암으로 분류되는 질병(【별표177】(통합암II(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "혈액암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 혈액암으로 분류되는 질병(【별표177】(통합암II(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "두경부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 두경부암으로 분류되는 질병(【별표177】(통합암II(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "11대특정암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 11대특정암으로 분류되는 질병(【별표177】(통합암II(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "폐암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 폐암으로 분류되는 질병(【별표177】(통합암II(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

8 이 특별약관에 있어서 "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암으로 분류되는

질병(【별표177】(통합암II(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

9 이 특별약관에 있어서 "3대특정고액암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 3대특정고액암으로 분류되는 질병(【별표177】(통합암II(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

10 이 특별약관에 있어서 "생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)으로 분류되는 질병(【별표177】(통합암II(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

11 "특정소액암II", "생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)", "소화기관암", "혈액암", "두경부암", "11대특정암", "폐암", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암", "3대특정고액암"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 "특정소액암II", "생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)", "소화기관암", "혈액암", "두경부암", "11대특정암", "폐암", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암", "3대특정고액암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "특정소액암II", "생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)", "소화기관암", "혈액암", "두경부암", "11대특정암", "폐암", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암", "3대특정고액암"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

제5조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "통합암II(유사암제외)"으로 진단확정되는 경우에는 해당 세부보장은 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합암진단비II(유사암제외)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 통합암진단비II(유사암제외)를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 통합암진단비II(유사암제외)에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

175. 통합암진단비Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)(감액없음)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 9개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 특정소액암진단비Ⅱ(전이암포함)(감액없음) 보장
- 생식기암 및 비뇨기관암진단비(자궁,전립선,방광제외)(전이암포함) 보장
- 소화기관암진단비(전이암포함) 보장
- 혈액암진단비 보장
- 두경부암진단비 보장
- 11대특정암진단비(전이암포함) 보장
- 폐암진단비(전이암포함) 보장
- 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암진단비(전이암포함) 보장
- 3대특정고액암진단비(전이암포함) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)으로 진단확정된 경우에는 암구분에 따라 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 통합암진단비Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
특정소액암진단비Ⅱ(전이암포함)(감액없음)	해당 보장의 보험가입금액 100%
생식기암 및 비뇨기관암진단비 (자궁,전립선,방광제외)(전이암포함)	
소화기관암진단비(전이암포함)	
혈액암진단비	
두경부암진단비	
11대특정암진단비(전이암포함)	
폐암진단비(전이암포함)	
간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암진단비(전이암포함)	
3대특정고액암진단비(전이암포함)	

예 시 1 | 보험금 지급



※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 소화기관암(전이암포함)은 소화기관암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 소화기관암(전이암포함)보장 소멸

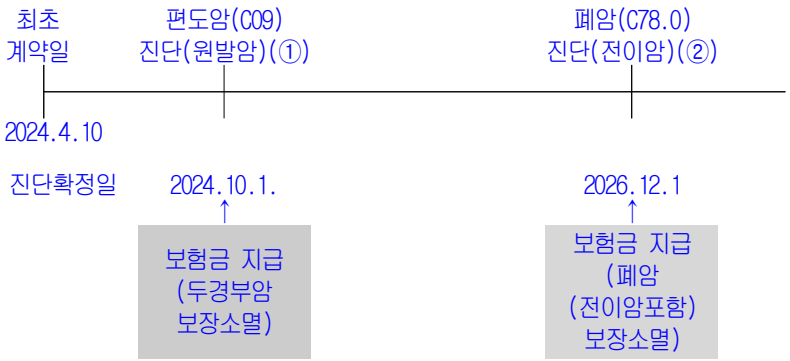
② : 2025.8.1.에 진단확정된 폐암(전이암포함)은 폐암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐암(전이암포함)보장 소멸

③ : 보험금 미지급
(이미 2024.10.1.에 소화기관암(전이암포함)보장은 소멸되었으므로, 2026.12.1. 진단확정된 소화기관암(전이암포함) 보험금 미지급)

④ : 2028.1.1.에 진단확정된 3대특정고액암(전이암포함)은 3대특정고액암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 3대특정고액암(전이암포함)보장 소멸

※ 위의 예시에서 소멸된 보장은「소화기관암(전이암포함)」,「폐암(전이암포함)」,「3대특정고액암(전이암포함)」, 유지되는 보장은 「특정소액암Ⅱ(전이암포함)(감액없음)」,「생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)(전이암포함)」,「혈액암」,「두경부암」,「11대특정암(전이암포함)」,「간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이암포함)」

예 시 2 | **보험금 지급**

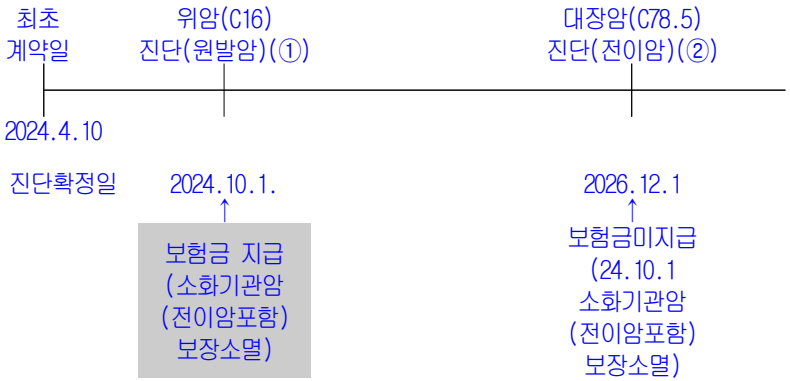


※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 편도암(C09)(원발암)은 두경부암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 두경부암보장 소멸

② : 2026.12.1.에 진단확정된 폐암(C78.0)(전이암)은 폐암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐암(전이암포함)보장 소멸

예 시 3 | **보험금 지급**

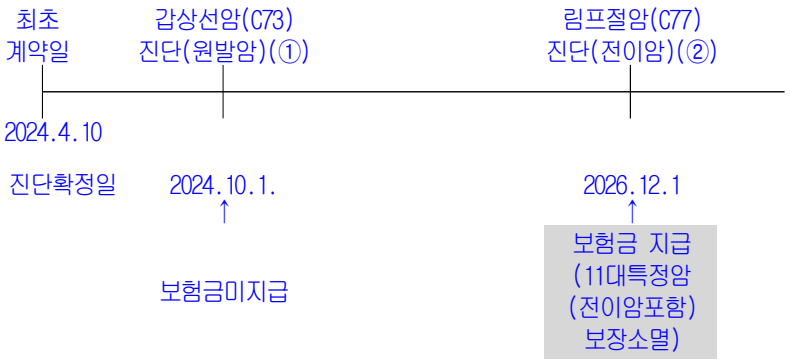


※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 위암(C16)(원발암)은 소화기관암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 소화기관암(전이암포함)보장 소멸

② : 보험금 미지급(이미 2024.10.1.에 소화기관암(전이암포함)보장은 소멸되었으므로, 2026.12.1. 진단확정된 소화기관암(전이암포함)보장 보험금 미지급)

예 시 4 | **보험금 지급**

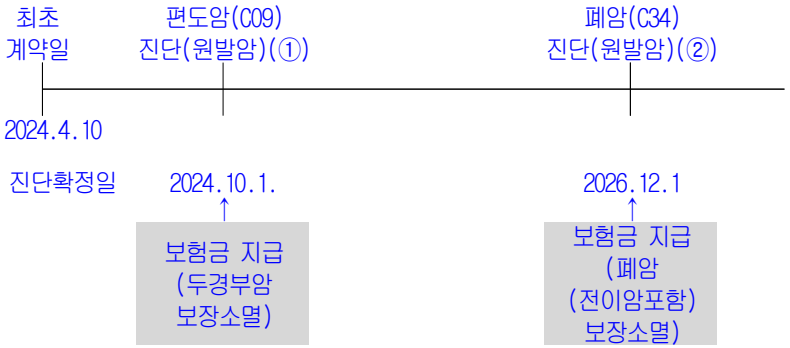


※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 갑상선암(C73)(원발암)은 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

② : 2026.12.1.에 진단확정된 림프절암(C77)(전이암)은 11대특정암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 11대특정암(전이암포함)보장 소멸

예 시 5 | **보험금 지급**

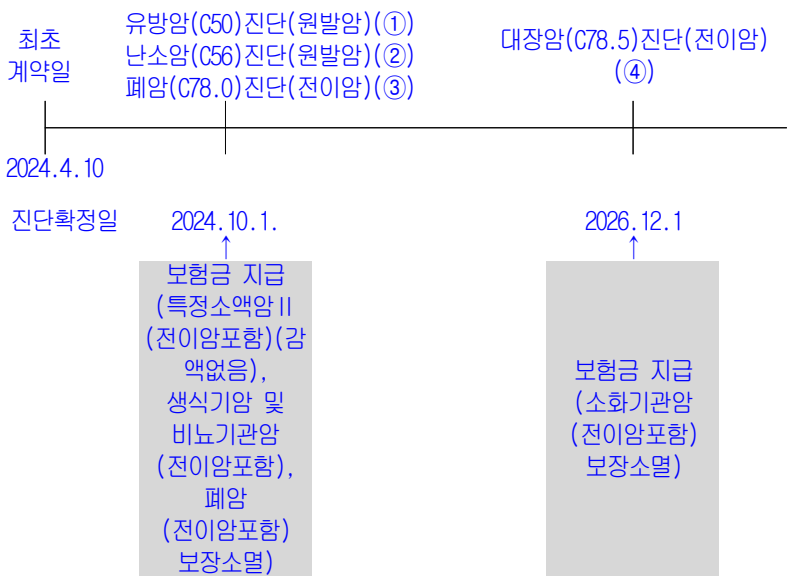


※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 편도암(C09)(원발암)은 두경부암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 두경부암보장 소멸

② : 2026.12.1.에 진단확정된 폐암(C34)(원발암)은 폐암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐암(전이암포함)보장 소멸

예 시 6	보험금 지급



※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 유방암(C50)(원발암)은 특정소액암II(전이암포함)(감액없음)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 특정소액암II(전이암포함)(감액없음)보장 소멸

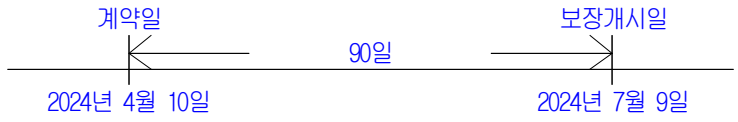
② : 2024.10.1.에 동시 진단확정된 난소암(C56)(원발암)은 생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)(전이암포함)보장 소멸

③ : 2024.10.1.에 동시 진단확정된 폐암(C78.0)(전이암)은 폐암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐암(전이암포함)보장 소멸

④ : 2026.12.1.에 진단확정된 대장암(C78.5)(전이암)은 소화기관암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 소화기관암(전이암포함)보장 소멸

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

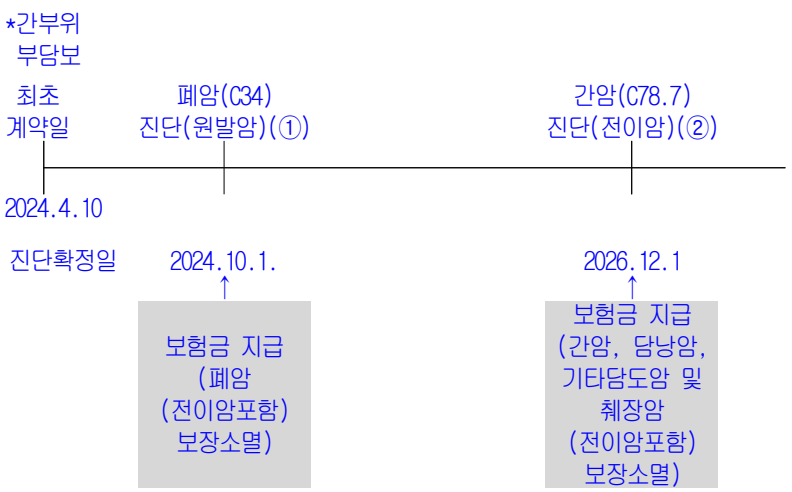
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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("통합암II(전이암포함)(유사암제외)" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "통합암II(전이암포함)(유사암제외)"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.

3 이 계약의 피보험자가 제11장 제도성 특별약관의 "5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관"을 가입한 경우 면책기간동안 제11장 제도성 특별약관의 "5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관" 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에도 불구하고 "특정 신체부위" 이외에서 발생한 암이 "특정 신체부위"로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

예 시 1	제3항의 예시

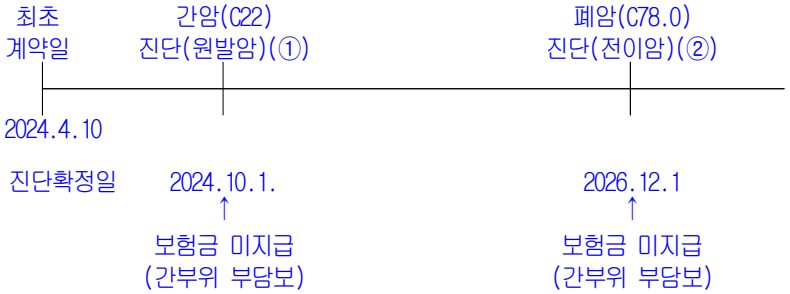


※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 폐암(C34)(원발암)은 폐암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐암(전이암포함)보장 소멸

② : 2026.12.1.에 진단확정된 간암(C78.7)(전이암)은 2024.10.1.에 진단확정된 폐암(C34)(원발암)에서 전이된 경우 제11장 제도성 특별약관의 "5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관" 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에도 불구하고 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이암포함)보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이암포함)보장 소멸

예 시 2	제3항의 예시



※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 간암(C22)(원발암)은 제11장 제도성 특별약관의 "5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관" 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에 따라 보험금 미지급

② : 2026.12.1.에 진단확정된 폐암(C78.0)(전이암)은 2024.10.1.에 진단확정된 간암(C22)(원발암)에서 전이된 경우 제11장 제도성 특별약관의 "5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관" 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에 따라 보험금 미지급

제4조("통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)"이라 함은 "특정소액암Ⅱ(전이암포함)", "생식기암 및 비뇨기관암진단비(자궁,전립선,방광제외)(전이암포함)", "소화기관암(전이암포함)", "혈액암", "두경부암", "11대특정암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이암포함)" 및 "3대특정고액암(전이암포함)"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정소액암Ⅱ(전이암포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정소액암Ⅱ(전이암포함)으로 분류되는 질병(【별표178】(통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "소화기관암(전이암포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 소화기관암(전이암포함)으로 분류되는 질병(【별표178】(통합암

Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "혈액암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 혈액암으로 분류되는 질병(【별표178】(통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "두경부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 두경부암으로 분류되는 질병(【별표178】(통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "11대특정암(전이암포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 11대특정암(전이암포함)으로 분류되는 질병(【별표178】(통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "폐암(전이암포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 폐암(전이암포함)으로 분류되는 질병(【별표178】(통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

8 이 특별약관에 있어서 "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이암포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이암포함)으로 분류되는 질병(【별표178】(통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

9 이 특별약관에 있어서 "3대특정고액암(전이암포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 3대특정고액암(전이암포함)으로 분류되는 질병(【별표178】(통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

10 이 특별약관에 있어서 "생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)(전이암포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)(전이암포함)으로 분류되는 질병(【별표178】(통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표) 참조)을 말합니다.

11 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제12항에서 정한 "암"에서 제13항에서 정한 "기타피부암" 및 제14항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

12 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, "기타피부암", "갑상선암" 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

13 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

14 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

15 제12항의 "암" 중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 불명확한, 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 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

16 제1항의 "통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)"에는 제15항을 적용하지 않습니다.

17 "특정소액암Ⅱ(전이암포함)", "생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)(전이암포함)", "소화기관암(전이암포함)", "혈액암", "두경부암", "11대특정암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이암포함)", "3대특정고액암(전이암포함)", "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 "특정소액암Ⅱ(전이암포함)", "생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)(전이암포함)", "소화기관암(전이암포함)", "혈액암", "두경부암", "11대특정암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이암포함)", "3대특정고액암(전이암포함)", "암(유사암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "특정소액암Ⅱ(전이암포함)", "생식기암 및 비뇨기관암(자궁,전립선,방광제외)(전이암포함)", "소화기관암(전이암포함)", "혈액암", "두경부암", "11대특정암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이암포함)", "3대특정고액암(전이암포함)", "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

제5조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합암진단비II(전이암포함)(유사암제외)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 통합암진단비II(전이암포함)(유사암제외)를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 통합암진단비II(전이암포함)(유사암제외)에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

176. 통합전이암진단비(감액없음)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 7개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

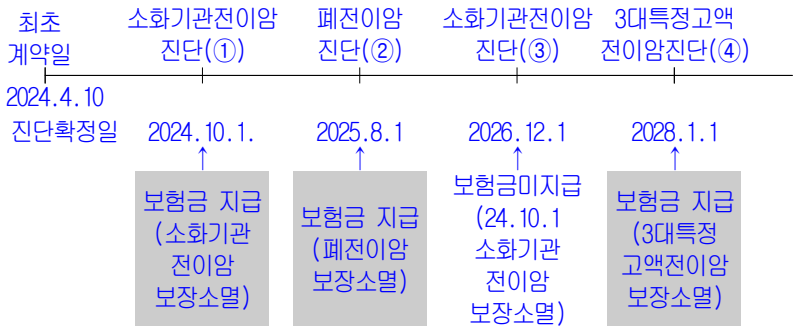
· 특정소액전이암진단비II(감액없음) 보장
· 생식기전이암 및 비뇨기관전이암진단비(자궁,전립선,방광제외) 보장
· 소화기관전이암진단비 보장
· 11대특정전이암진단비 보장
· 폐전이암진단비 보장
· 간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암진단비 보장
· 3대특정고액전이암진단비 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 통합전이암으로 진단확정된 경우에는 암구분에 따라 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 통합전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
특정소액전이암진단비Ⅱ(감액없음)	해당 보장의 보험가입금액 100%
생식기전이암 및 비뇨기관전이암진단비 (자궁,전립선,방광제외)	
소화기관전이암진단비	
11대특정전이암진단비	
폐전이암진단비	
간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암진단비	
3대특정고액전이암진단비	

예 시 1 | **보험금 지급**



※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 소화기관전이암은 소화기관전이암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 소화기관전이암보장 소멸

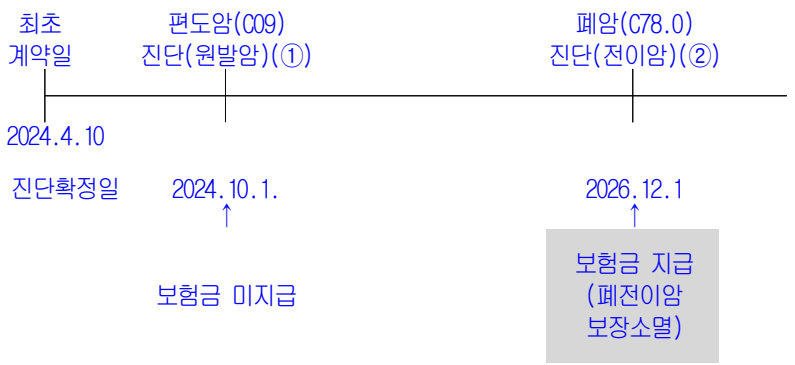
② : 2025.8.1.에 진단확정된 폐전이암은 폐전이암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐전이암보장 소멸

③ : 보험금 미지급
(이미 2024.10.1.에 소화기관전이암보장은 소멸되었으므로, 2026.12.1. 진단확정된 소화기관전이암 보험금 미지급)

④ : 2028.1.1.에 진단확정된 3대특정고액전이암은 3대특정고액전이암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 3대특정고액전이암보장 소멸

※ 위의 예시에서 소멸된 보장은「소화기관전이암」,「폐전이암」,「3대특정고액전이암」, 유지되는 보장은 「특정소액전이암Ⅱ(감액없음)」,「생식기전이암 및 비뇨기관전이암(자궁,전립선,방광제외)」,「11대특정전이암」,「간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암」

예 시 2 | **보험금 지급**

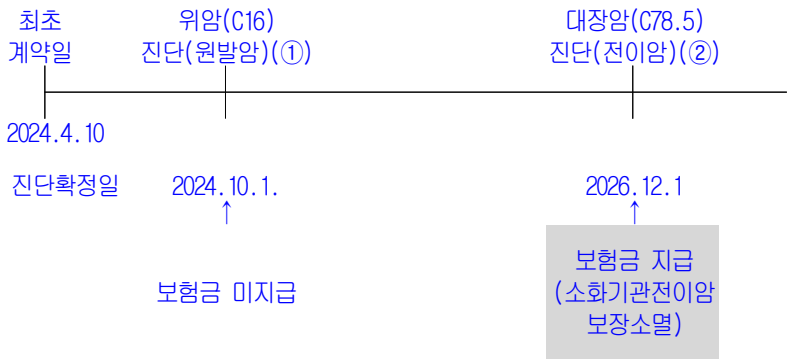


※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 편도암(C09)(원발암)은 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

② : 2026.12.1.에 진단확정된 폐암(C78.0)(전이암)은 폐전이암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐전이암 보장 소멸

예 시 3 | **보험금 지급**

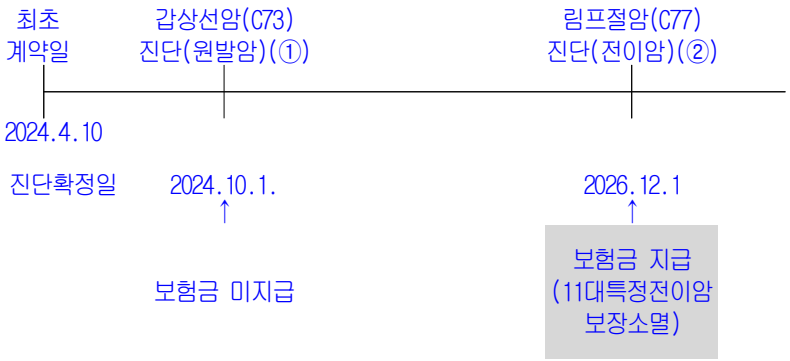


※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 위암(C16)(원발암)은 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

② : 2026.12.1.에 진단확정된 대장암(C78.5)(전이암)은 소화기관전이암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 소화기관전이암 보장 소멸

예 시 4 | **보험금 지급**

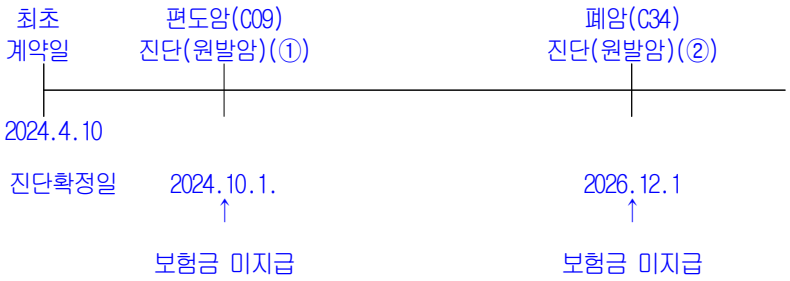


※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 갑상선암(C73)(원발암)은 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

② : 2026.12.1.에 진단확정된 림프절암(C77)(전이암)은 11대특정전이암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 11대특정전이암보장 소멸

예 시 5 | **보험금 지급**

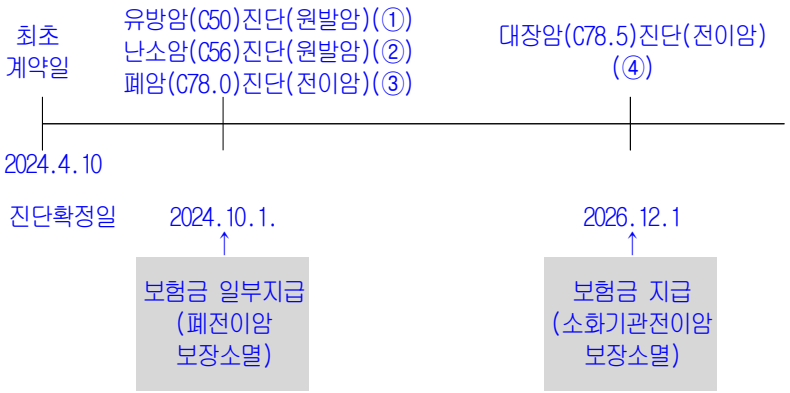


※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 편도암(C09)(원발암)은 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

② : 2026.12.1.에 진단확정된 폐암(C34)(원발암)은 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

예 시 6 | **보험금 지급**



※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 유방암(C50)(원발암)은 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

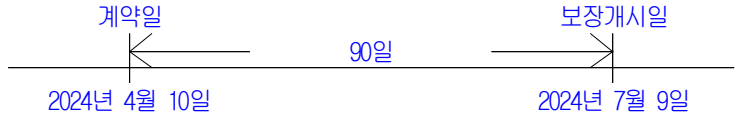
② : 2024.10.1.에 동시 진단확정된 난소암(C56)(원발암)은 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

③ : 2024.10.1.에 동시 진단확정된 폐암(C78.0)(전이암)은 폐전이암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐전이암보장 소멸

④ : 2026.12.1.에 진단확정된 대장암(C78.5)(전이암)은 소화기관전이암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 소화기관전이암보장 소멸

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시 | **암의 보장개시일(15세 이상 기준)**



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세이만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일

로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

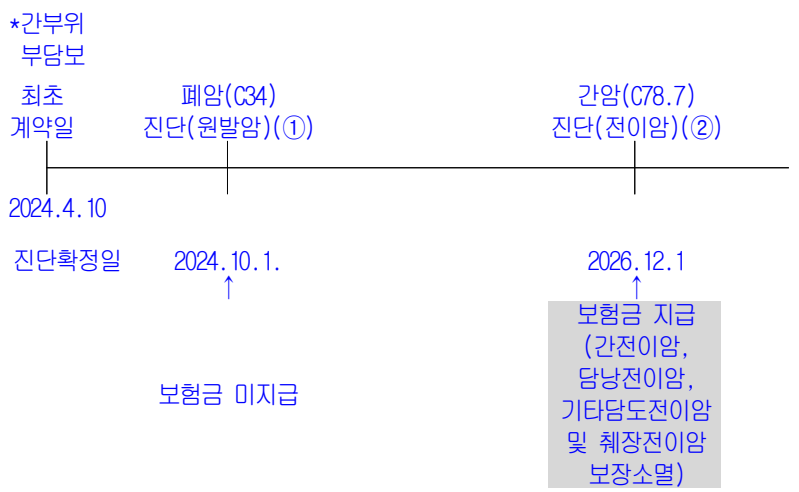
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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("통합전이암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "통합전이암"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.

3 이 계약의 피보험자가 제11장 제도성 특별약관의 "5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관"을 가입한 경우 면책기간동안 제11장 제도성 특별약관의 "5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관" 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에도 불구하고 "특정 신체부위" 이외에서 발생한 암이 "특정 신체부위"로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

예 시 1	제3항의 예시

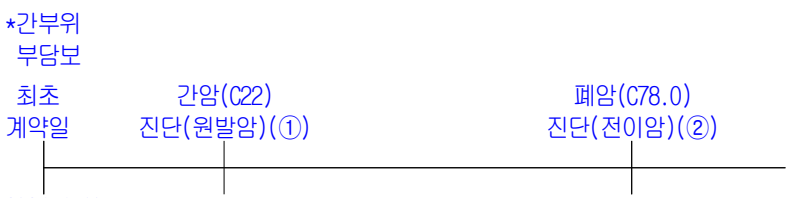


※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 폐암(C34)(원발암)은 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

② : 2026.12.1.에 진단확정된 간암(C78.7)(전이암)은 2024.10.1.에 진단확정된 폐암(C34)(원발암)에서 전이된 경우 제11장 제도성 특별약관의 "5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관" 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에도 불구하고 간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암보장 소멸

예 시 2	제3항의 예시



※ 설명

① : 2024.10.1.에 진단확정된 간암(C22)(원발암)은 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급

② : 2026.12.1.에 진단확정된 폐암(C78.0)(전이암)은 2024.10.1.에 진단확정된 간암(C22)(원발암)에서 전이된 경우 제11장 제도성 특별약관의 "5. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관" 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에 따라 보험금 미지급

제4조("통합전이암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "통합전이암"이라 함은 "특정소액전이암II", "생식기전이암 및 비뇨기관전이암진단비(자궁,전립선,방광제외)", "소화기관전이암", "11대특정전이암", "폐전이암", "간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암" 및 "3대특정고액전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정소액전이암II"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정소액전이암II으로 분류되는 질병(【별표179】(통합전이암 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "소화기관전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 소화기관전이암으로 분류되는 질병(【별표179】(통합전이암 분류표) 참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "11대특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 11대특정전이암으로 분류되는 질병(【별표179】(통합전이암 분류표) 참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "폐전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 폐전이암으로 분류되는 질병(【별표179】(통합전이암 분류표) 참조)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암으로 분류되는 질병(【별표179】(통합전이암 분류표) 참조)을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "3대특정고액전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 3대특정고액전이암으로 분류되는 질병(【별표179】(통합전이암 분류표) 참조)을 말합니다.

8 이 특별약관에 있어서 "생식기전이암 및 비뇨기관전이암(자궁,전립선,방광제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 생식기전이암 및 비뇨기관전이암(자궁,전립선,방광제외)으로 분류되는 질병(【별표179】(통합전이암 분류표) 참조)을 말합니다.

9 이 특별약관에 있어서 "전이암II"이라 함은 제10항에서 정한 "림프절전이암" 및 제11항에서 정한 "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

10 이 특별약관 있어서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암II 분류표) 참조)을 말합니다.

11 이 특별약관에 있어서 "특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암II 분류표) 참조)을 말합니다.

12 "특정소액전이암II", "생식기전이암 및 비뇨기관전이암(자궁,전립선,방광제외)", "소화기관전이암", "11대특정전이암", "폐전이암", "간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암", "3대특정고액전이암", "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 "특정소액전이암II", "생식기전이암 및 비뇨기관전이암(자궁,전립선,방광제외)", "소화기관전이암", "11대특정전이암", "폐전이암", "간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암", "3대특정고액전이암", "전이암II"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "특정소액전이암II", "생식기전이암 및 비뇨기관전이암(자궁,전립선,방광제외)", "소화기관전이암", "11대특정전이암", "폐전이암", "간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암", "3대특정고액전이암", "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

제5조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합전이암진단비를 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 통합전이암진단비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 통합전이암진단비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

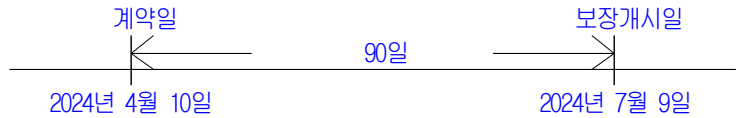
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

177. 암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)
177-1. 암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【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 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암 주요치료 생활비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에

따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표22】(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(【별표10】 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(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

178. 유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)
178-1. 유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【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 "암 주요치료Ⅳ"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암 주요치료 생활비로 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("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【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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(【별표10】 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(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.

제11조(특별약관의 자동갱신)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

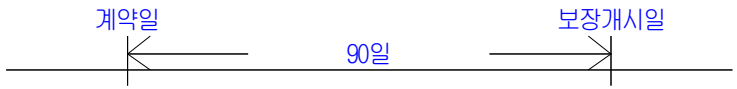
179. 항암중입자방사선치료비(최초1회한)(감액없음)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 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 이 특별약관의 보험가입금액을 항암중입자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 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 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(【별표22】(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

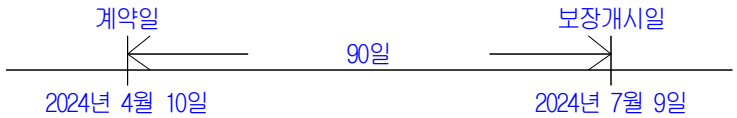
180. 암 치료비지원(기타피부암,갑상선암 제외)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암의 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. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(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(【별표22】(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 제외)"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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암,갑상선암 제외)"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.
2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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 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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

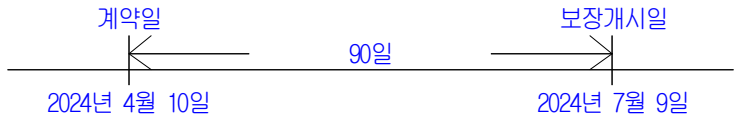
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

181. 전이암Ⅱ수술비
181-1. 전이암Ⅱ수술비【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 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 전이암Ⅱ수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 부담

합니다.

제3조("전이암II" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암II"이라 함은 제2항에서 정한 "림프절전이암" 및 제3항에서 정한 "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관 있어서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암II 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암II 분류표) 참조)을 말합니다.

4 "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(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, 쎌레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

182. 전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)
182-1. 전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

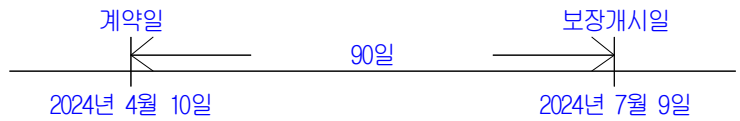
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 전이암Ⅱ에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "전이암Ⅱ"으로 진단확정되고 그 "전이암Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하였을 때에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 전이암Ⅱ직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

3 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 "전이암Ⅱ"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 "전이암Ⅱ"에 대한 입원이라도 전이암Ⅱ입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 전이암Ⅱ입원일당이 지급된 최종

입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

2 피보험자가 "전이암Ⅱ"에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 전이암Ⅱ입원일당은 계속 지급합니다.

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

4 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "전이암Ⅱ"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("전이암Ⅱ" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암Ⅱ"이라 함은 제2항에서 정한 "림프절전이암" 및 제3항에서 정한 "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관 있어서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

4 "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("전이암Ⅱ의 직접적인 치료"의 정의)

1 "전이암Ⅱ의 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 "전이암Ⅱ의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 "전이암Ⅱ의 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 "전이암Ⅱ의 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

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 "전이암Ⅱ"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 "전이암Ⅱ"으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "전이암Ⅱ"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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 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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제10조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

183. 전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도)
183-1. 전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

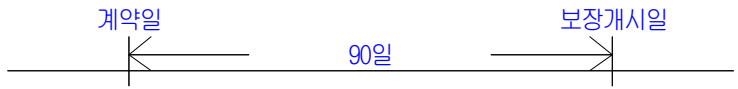
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 전이암Ⅱ에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "전이암Ⅱ"으로 진단확정되고 그 "전이암Ⅱ"의 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하였을 때에는 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 전이암Ⅱ요양병원입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 전이암Ⅱ요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 합니다.

3 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

4 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제3항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 "전이암Ⅱ"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 "전이암Ⅱ"에 대한 입원이라도 전이암Ⅱ입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 전이암Ⅱ입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 "전이암II"으로 인한 입원의 경우, 최초계약 가입일부터 지급된 전이암II요양병원입원일당의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 "전이암II"으로 인한 전이암II요양병원입원일당은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 "전이암II"이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

3 피보험자가 "전이암II"에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 전이암II요양병원입원일당은 계속 지급합니다.

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

5 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "전이암II"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("전이암II" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암II"이라 함은 제2항에서 정한 "림프절전이암" 및 제3항에서 정한 "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관 있어서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암II 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암II 분류표) 참조)을 말합니다.

4 "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(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 "전이암II"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 "전이암II"으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 암보장개시일의 전일 이전에 "전이암II"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

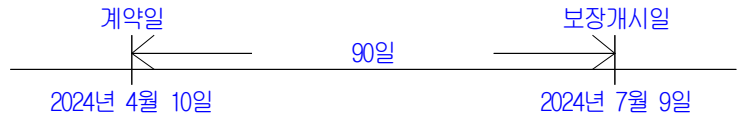
184. 전이암Ⅱ항암방사선치료비
184-1. 전이암Ⅱ항암방사선치료비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 전이암Ⅱ에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "전이암Ⅱ"으로 진단확정되고 그 "전이암Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 전이암Ⅱ항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

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.

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("전이암Ⅱ" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암Ⅱ"이라 함은 제2항에서 정한 "림프절전이암" 및 제3항에서 정한 "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관 있어서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

4 "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(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "전이암II"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암II항암방사선치료비가 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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

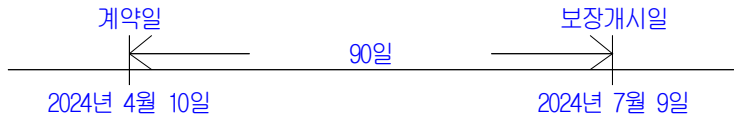
185. 전이암II항암약물치료비
185-1. 전이암II항암약물치료비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 전이암II에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "전이암II"으로 진단확정되고 그 "전이암II"의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 전이암II항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

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(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 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("전이암Ⅱ" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암Ⅱ"이라 함은 제2항에서 정한 "림프절전이암" 및 제3항에서 정한 "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관 있어서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

4 "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(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "전이암Ⅱ"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암Ⅱ항암약물치료비가 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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

186. 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

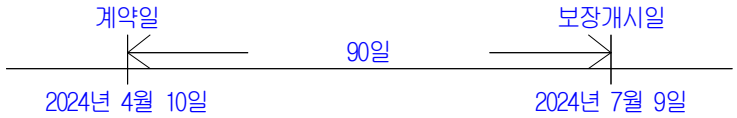
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 전이암Ⅱ에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "전이암Ⅱ"으로 진단확정되고 그 "전이암Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

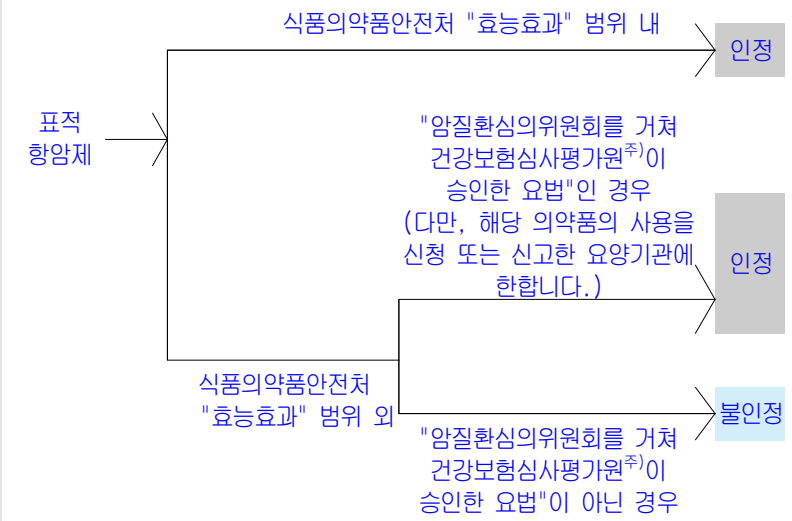
3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비는 "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.

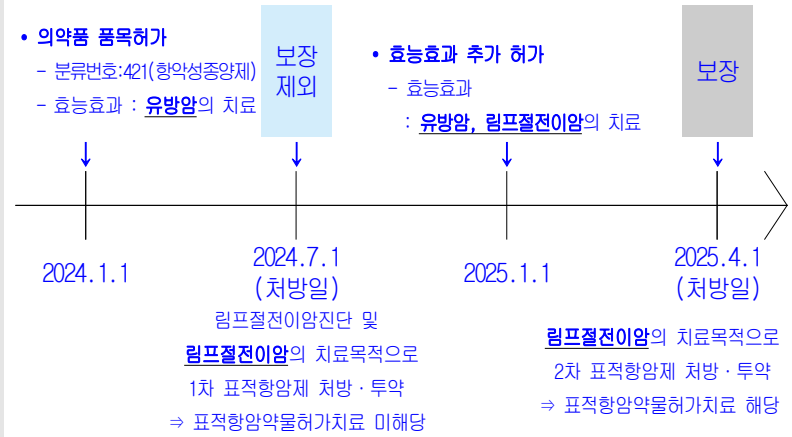
용 어 풀 이	표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



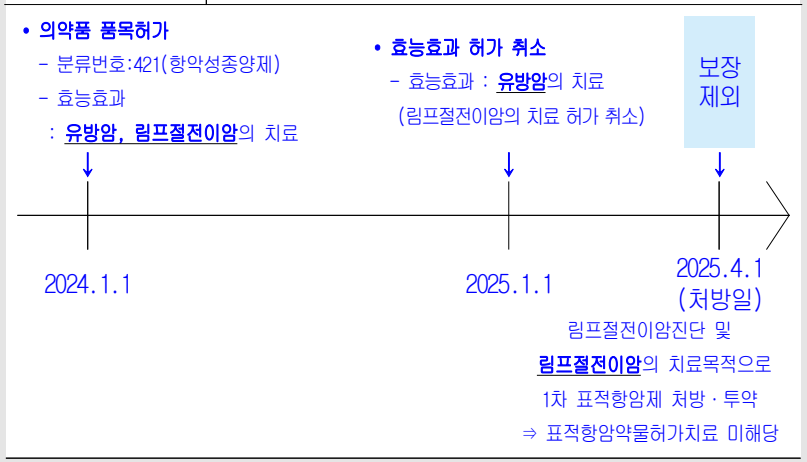
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

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



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("전이암II" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암II"이라 함은 제2항에서 정한 "림프절전이암" 및 제3항에서 정한 "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관 있어서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암II 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암II 분류표) 참조)을 말합니다.

4 "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(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 【별표86-1】(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 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의

암보장개시일의 전일 이전에 "전이암Ⅱ"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비가 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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

187. 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 "전이암Ⅱ"으로 진단확정되고 그 "전이암Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

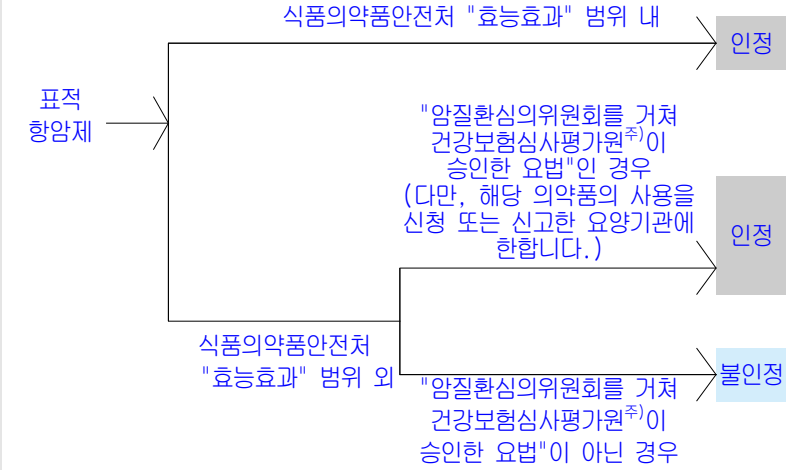
구 분	지 급 금 액
전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 18세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비는 "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.

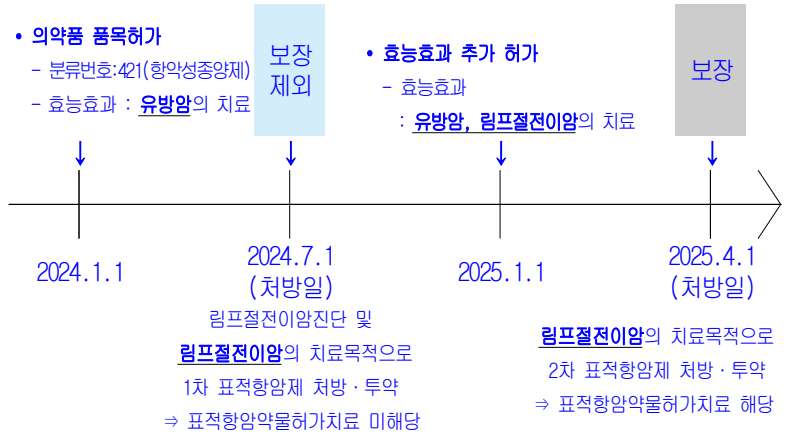
용 어 풀 이 | **표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



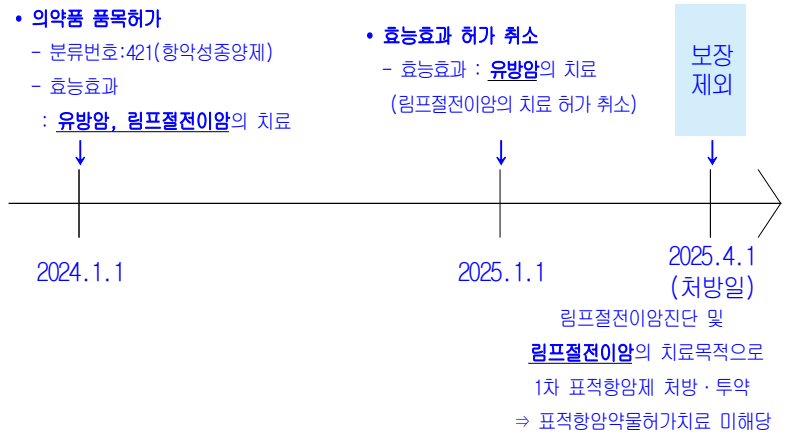
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

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**



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 부

담합니다.

제3조("전이암Ⅱ" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암Ⅱ"이라 함은 제2항에서 정한 "림프절전이암" 및 제3항에서 정한 "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관 있어서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

4 "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(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 【별표86-1】(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 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 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 보통약관의 보험계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 "전이암Ⅱ"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 전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비가 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)

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(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

188. 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

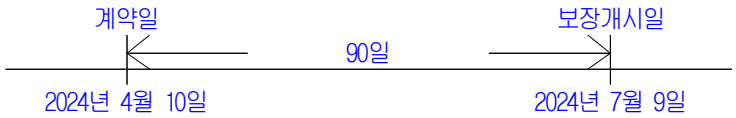
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 전이암Ⅱ에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "전이암Ⅱ"으로 진단확정되고 그 "전이암Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여 표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
전이암ㅣㅣ비급여표적항암약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

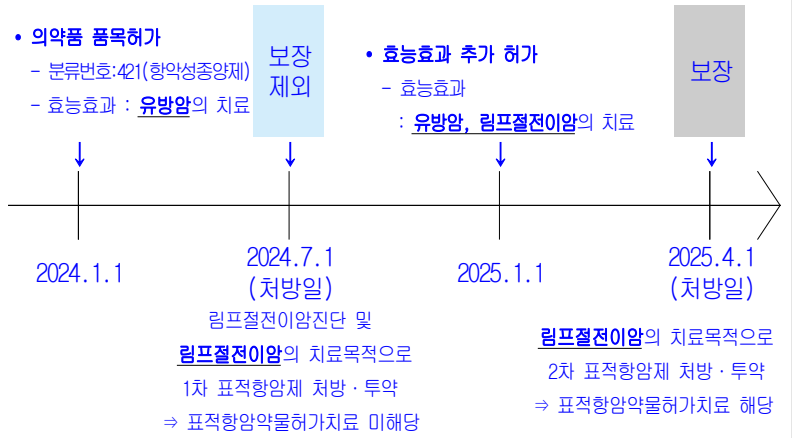
4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

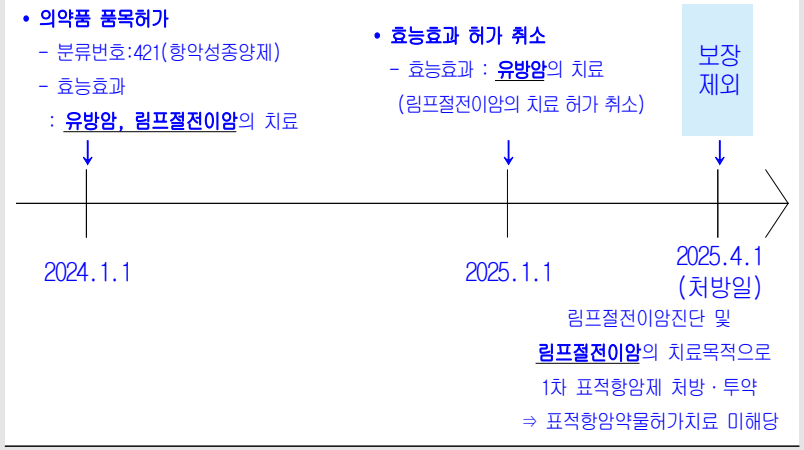
1 제1조(보험금의 지급사유)의 전이암ㅣㅣ비급여표적항암약물허가치료비는 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다.

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.

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 부

담합니다.

제3조("전이암Ⅱ" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암Ⅱ"이라 함은 제2항에서 정한 "림프절전이암" 및 제3항에서 정한 "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관 있어서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

4 "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(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 비급여 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.

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. 급여적용여부
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)
1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "전이암II"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.
2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암II비급여표적항암약물허가치료비가 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)
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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

189. 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 "전이암Ⅱ"으로 진단확정되고 그 "전이암Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여 표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

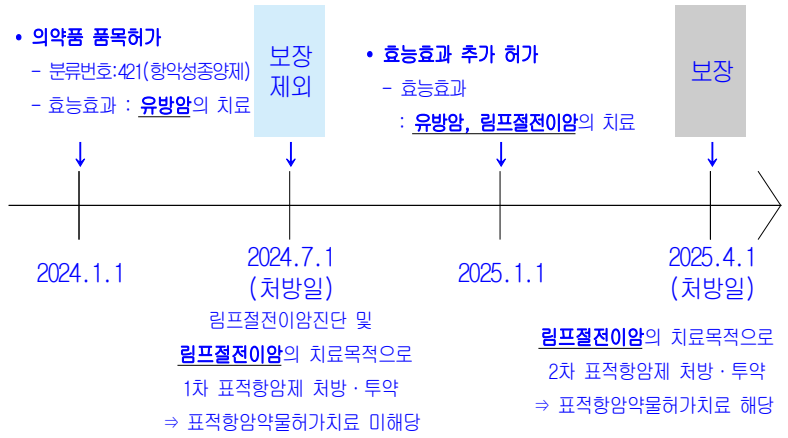
2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 18세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

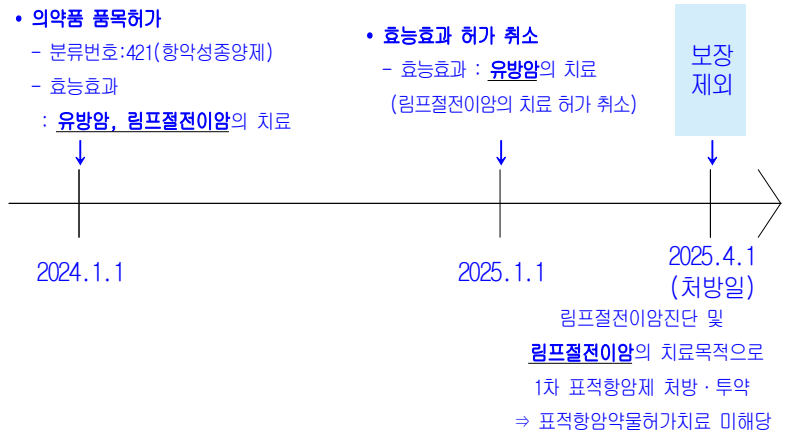
1 제1조(보험금의 지급사유)의 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비는 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다.

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.

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 부

담합니다.

제3조("전이암Ⅱ" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "전이암Ⅱ"이라 함은 제2항에서 정한 "림프절전이암" 및 제3항에서 정한 "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관 있어서 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 림프절전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정전이암으로 분류되는 질병(【별표180】(전이암Ⅱ 분류표) 참조)을 말합니다.

4 "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(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 비급여 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.	

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 부

담하는 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. 급여적용여부
      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 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 보통약관의 보험계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 "전이암Ⅱ"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 전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비가 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)

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(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

190. 간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)
190-1. 간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 7개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 간병인사용 질병입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 3백만원 이상) 보장
· 간병인사용 질병입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 5백만원 이상) 보장
· 간병인사용 질병입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 7백만원 이상) 보장
· 간병인사용 질병입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 1천만원 이상) 보장
· 간병인사용 질병입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 1천5백만원 이상) 보장
· 간병인사용 질병입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 2천만원 이상) 보장
· 간병인사용 질병입원지원금(요양병원제외)(간병인비용 연간 3천만원 이상) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 "연간 간병인 사용금액 총액"이 3백만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
간병인사용 질병입원지원금 (요양병원 제외, 연간1회한)	3백만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	5백만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	7백만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	1천만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	1천5백만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	2천만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%
	3천만원 이상	해당 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제7조("연간 간병인 사용금액 총액"의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 "연간 간병인 사용금액 총액"을 기준으로 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인 사용금액 총액"이 변경되어 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다.
한편, 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

2 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

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

5 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

6 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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 제2조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원지원금은 지급하지 않습니다.

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 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.

제6조(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	

제7조("연간 간병인 사용금액 총액"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "연간 간병인 사용금액 총액"이라 함은 해당 질병의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 질병으로 최초입원한 날에 해당하는 "연간 간병인 사용금액 총액"에 합산하여 적용합니다.

3 제1항의 "연간 간병인 사용금액 총액"은 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않으며, 해당 질병의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 적용합니다.

예 시 1 | 연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

· 입원기간 및 간병인 사용일

A질병	- 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 6월 30일 - 간병인사용기간 : 2026년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) 간병인사용금액 : 98만원 → 1일당 평균사용금액 14만원이므로 1일당 14만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 25일 - 간병인사용기간 : 2027년 5월 5일 ~ 5월 24일(20일) 간병인사용금액 : 560만원 → 1일당 평균사용금액이 28만원이므로 1일당 최대한도 25만원 적용 : 간병인사용금액 500만원(25만원×20일)

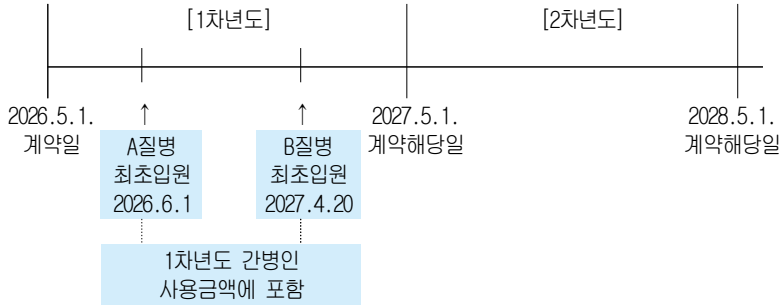
· 입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함

· **1차년도 간병인 사용금액 총액 : 598만원 (98만원 + 500만원)**

간병인비용 연간 3백만원 이상 보장 보험가입금액 : 100만원

간병인비용 연간 5백만원 이상 보장 보험가입금액 : 50만원

→ 1차년도 지급금액 : 해당 보장 보험가입금액 총 150만원 지급

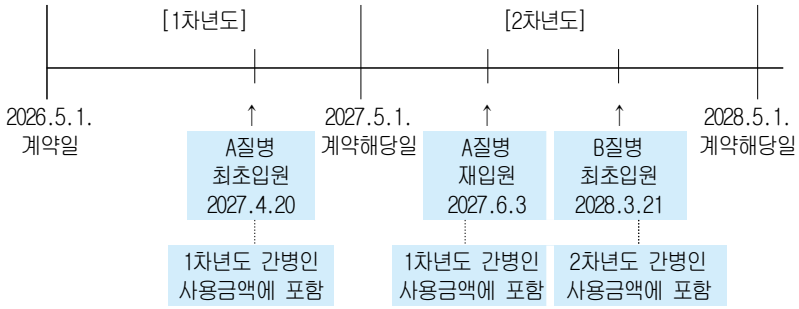


예 시 2	연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일
· 입원기간 및 간병인 사용일

A질병	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2027년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인사용기간 : 2027년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 2027년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일) 간병인사용금액 : 360만원(120만원 + 240만원) → 1일당 평균사용금액이 18만원이므로 1일당 18만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2028년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인사용기간 : 2028년 3월 22일 ~ 4월 1일(11일) 간병인사용금액 : 330만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 최대한도 25만원 적용 : 간병인사용금액 275만원(25만원×11일)

· 같은 질병으로 2회 이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함
· **1차년도 간병인 사용금액 총액 : 360만원**
간병인비용 연간 3백만원 이상 보장 보험가입금액 : 100만원
→ 1차년도 지급금액 : 해당 보장 가입금액 100만원 지급
· **2차년도 간병인 사용금액 총액 : 275만원 (25만원×11일)**
→ 2차년도 지급금액 : 미지급



제8조(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. 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 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 사업자등록된 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.	

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)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

191. 종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)Q

제1조(보험금의 지급사유)

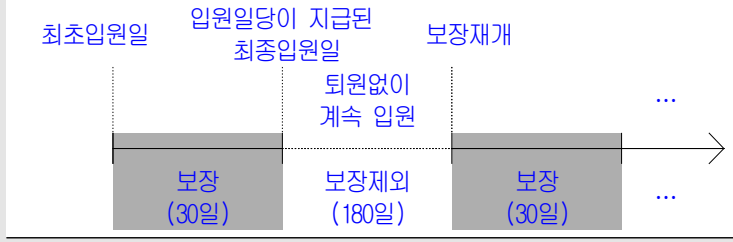
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 질병입원일당(2-3인실)으로 보험수익자에게 지급합니다.

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 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병입원일당(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 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

192. 상급종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)Q

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 더합니다. 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.

예 시



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 제7조(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
   다만, 이 특별약관의 피보험자로 될 자가 계약 체결 시("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에 따른 "전환후 계약"의 경우, "전환전 계약" 체결 시) 출생 전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다

193. 질병수술비(종합병원)
193-1. 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 질병수술을 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

194. 질병수술비(상급종합병원)
194-1. 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 질병수술을 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("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(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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

195. 질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급)
195-1. 질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급)(1종) 보장
- 질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급)(2종) 보장
- 질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급)(3종) 보장
- 질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급)(4종) 보장
- 질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급)(5종) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "1~5종수술III 분류표"(【별표185】 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 (상급종합병원, 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 다

른 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("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

제6조(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 가하여 【별표185】(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

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(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 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

196. 특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 특정 양성종양 수술비Ⅰ(24대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) 보장
- 특정 양성종양 수술비Ⅱ(33대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) 보장
- 특정 양성종양 수술비Ⅲ(5대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) 보장
- 특정 양성종양 수술비Ⅳ(6대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정 양성종양(기타 경증질환 포함)으로 진단이 확정되고 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
특정 양성종양 수술비Ⅰ (24대, 기타 경증질환 포함)	해당 보장의 보험가입금액 100%
특정 양성종양 수술비Ⅱ (33대, 기타 경증질환 포함)	해당 보장의 보험가입금액 100%
특정 양성종양 수술비Ⅲ (5대, 기타 경증질환 포함)	해당 보장의 보험가입금액 100%
특정 양성종양 수술비Ⅳ (6대, 기타 경증질환 포함)	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 양성종양Ⅰ(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 양성종양Ⅰ(24대, 기타 경증질환 포함)"이라 함은 【별표181-1】(특정 양성종양Ⅰ(24대, 기타 경증질환 포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "특정 양성종양Ⅱ(33대, 기타 경증질환 포함)"이라 함은 【별표181-2】(특정 양성종양Ⅱ(33대, 기타 경증질환 포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "특정 양성종양Ⅲ(5대, 기타 경증질환 포함)"이라 함은 【별표181-3】(특정 양성종양Ⅲ(5대, 기타 경증질환 포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "특정 양성종양Ⅳ(6대, 기타 경증질환 포함)"이라 함은 【별표181-4】(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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

197. 항암방사선치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 항암방사선치료비(급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장
- 항암방사선치료비(비급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장

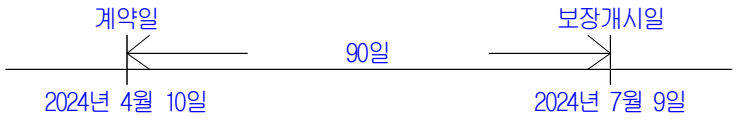
제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되고, "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우에는 급여 및 비급여 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지 급 금 액
급여 항암방사선치료 (전액본인부담 제외)	해당 보장의 보험가입금액 100%
비급여 항암방사선치료 (전액본인부담 포함)	

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

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("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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)"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	

제5조(급여 항암방사선치료 및 비급여 항암방사선치료의 정의)

1 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

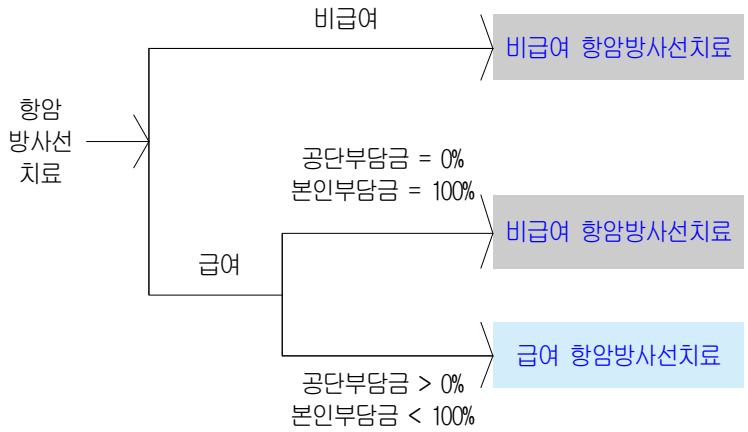
2 이 특별약관에 있어서 "급여 항암방사선치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암방사선치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 단, 요양급여 비용 또

는 의료급여 비용 전부를 본인이 부담하는 경우(전액본인부담)는 제외합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "비급여 항암방사선치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암방사선치료" 중 아래에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 「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)
2. 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)

용 어 풀 이	항암방사선치료의 급여 및 비급여 분류



제6조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되는 경우에는 항암방사선치료비(급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장 및 항암방사선치료비(비급여, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 보장은 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비를 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 항암방사선치료비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 항암방사선치료비에 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.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

198. 신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음)

198-1. 신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 "신특정순환계질

환 주요치료Ⅱ"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 신특정순환계질환 주요치료 생활비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

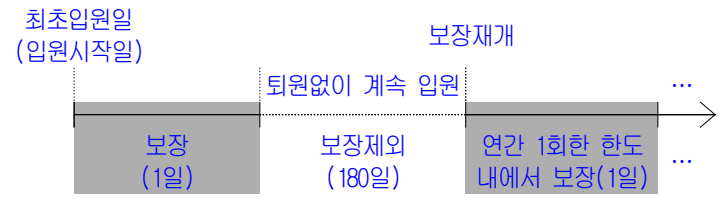
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의)의 "종합병원 중환자실치료"의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

2 제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의)의 "종합병원 중환자실치료"는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "신특정순환계질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "신특정순환계질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "신특정순환계질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "신특정순환계질환"으로 진단된 경우에는 이는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 피보험자가 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 종합병원 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "신특정순환계질환"에 대한 입원이라도 "종합병원 중환자실치료"로 인한 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, "종합병원 중환자실치료"로 인한 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금이 지급된 입원시작일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시	**종합병원 중환자실치료로 인한 주요치료 생활비 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우**



4 피보험자가 다른 종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금을 지급합니다.

5 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금을 지급합니다.

6 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금을 지급합니다.

7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

8 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의)의 "종합병원 중환자실치료"의 경우 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 신특정순환계질환 주요치료 생활비보험금 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

3 제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의)의 "종합병원 중환자실치료"의 경우 회사는 아래의 의료비로 신특정순환계질환 주요치료 생활비 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

제4조("신특정순환계질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표182】(신특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표184】(허혈성심장질환 및 기타순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

4 "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.

5 "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 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

6 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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), 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

7 제4항 내지 제6항에도 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", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"라 함은 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우
2. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우
3. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
4. "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
5. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우

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 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.

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("혈전제거술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제8조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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.

제9조("종합병원 중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "종합병원 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 종합병원이라 함은 제10조("종합병원"의 정의)에서 정한 종합병원을 말합니다.

3 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.

제10조("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.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

199. 신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)
199-1. 신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 신특정순환계질환 주요치료 생활비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

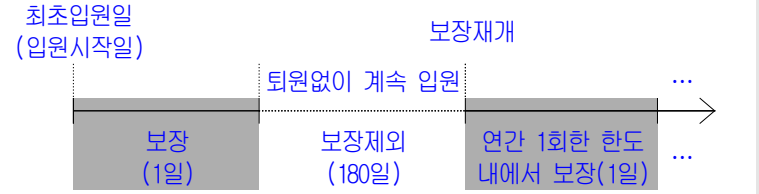
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의)의 "중환자실치료"로 인한 보험금 지급기준일은 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

2 제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의)의 "상급종합병원 중환자실치료"는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "신특정순환계질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "신특정순환계질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "신특정순환계질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "신특정순환계질환"으로 진단된 경우에는 이는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 피보험자가 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "신특정순환계질환"에 대한 입원이라도 "중환자실치료"로 인한 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, "중환자실치료"로 인한 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금이 지급된 입원시작일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시	상급종합병원 중환자실치료로 인한 주요치료 생활비 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



4 피보험자가 다른 상급종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금을 지급합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금을 지급합니다.

6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금을 지급합니다.

7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 신특정순환계질환 주요치료 생활비 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지

않습니다.
8 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 제5조("신특정순환계질환 주요치료II"의 정의)의 "중환자실치료"의 경우 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 신특정순환계질환 주요치료 생활비보험금 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
3 제5조("신특정순환계질환 주요치료II"의 정의)의 "중환자실치료"의 경우 회사는 아래의 의료비로 신특정순환계질환 주요치료 생활비 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("신특정순환계질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표182】(신특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표184】(허혈성심장질환 및 기타순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
4 "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.
5 "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 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
6 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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), 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
7 제4항 내지 제6항에도 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", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("신특정순환계질환 주요치료II"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 주요치료II"라 함은 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우

2. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우
3. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
4. "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
5. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

제6조("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

제7조(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 "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

제8조("혈전제거술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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.

제10조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정

순환계질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.	

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

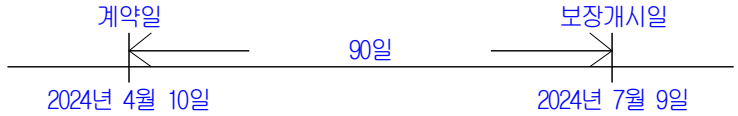
200. 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)후유장해(3~100%)

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" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)후유장해(3~100%) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 암의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 암의 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 부담

합니다.

5 같은 암으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 암으로 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 피보험자의 암의 결과로 후유장해상태와 동시 또는 순차적으로 상해 또는 암과 직접관련 없는 다른 질병의 결과로 인한 후유장해상태가 발생한 경우에는 전체 후유장해지급률 중 암의 결과로 발생한 후유장해지급률에 대한 보험금만을 지급합니다.

예 시	제2조 제8항
간암과 뇌경색증으로 진단받은 환자가 뇌경색증의 결과로 장해지급률 10%에 해당하는 장해상태(신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때)가 되고, 간암을 원인으로 간이식 수술을 받고 장해지급률 75%에 해당하는 장해상태(흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때)가 된 경우 간암에 의해 발생한 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다	

9 회사가 지급하여야 할 하나의 암으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다

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(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

201. 신특정순환계질환후유장해(3~100%)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 신특정순환계질환으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 신특정순환계질환후유장해(3~100%) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 신특정순환계질환의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 신특정순환계질환의 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 신특정순환계질환으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 신특정순환계질환으로 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 피보험자의 신특정순환계질환의 결과로 후유장해상태와 동시 또는 순차적으로 상해 또는 신특정순환계질환과 직접관련 없는 다른 질병의 결과로 인한 후유장해상태가 발생한 경우에는 전체 후유장해지급률 중 신특정순환계질환의 결과로 발생한 후유장해지급률에 대한 보험금만을 지급합니다.

예 시	제2조 제8항
뇌경색증과 간암으로 진단받은 환자가 간암을 원인으로 간이식 수술을 받고 장해지급률 75%에 해당하는 장해상태(흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때)가 되고, 뇌경색증의 결과로 장해지급률 10%에 해당하는 장해상태(신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때)가 된 경우 뇌경색증에 의해 발생한 10%를 최종 장해지급률로 결정합니다	

9 회사가 지급하여야 할 하나의 신특정순환계질환으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(신특정순환계질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표182】(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.

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)

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 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

202. 기타피부암,갑상선암 치료비지원

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

203. 2대질병(뇌, 심장) 치료비지원

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 【별표183-1】(2대질병(뇌혈관질환) 분류표)에서 정한 "2대질병(뇌혈관질환)" 및 【별표183-2】(2대질병(심장질환) 분류표)에서 정한 "2대질병(심장질환)"을 말합니다.

2 "2대질병(뇌혈관질환)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병

원이나 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 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

204. 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)

204-1. 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)【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.

지급기준	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
간병인 사용시간이 1일당 8시간 미만인 경우	이 특별약관의 보험가입금액 5%	이 특별약관의 보험가입금액 25%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 50%
간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

예 시 | **간병인사용 질병입원일당II 계산**

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용 예시
- 입원기간 : 2028년 4월 1일 ~ 2028년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2028년 4월 10일 오후7시 ~ 2028년 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

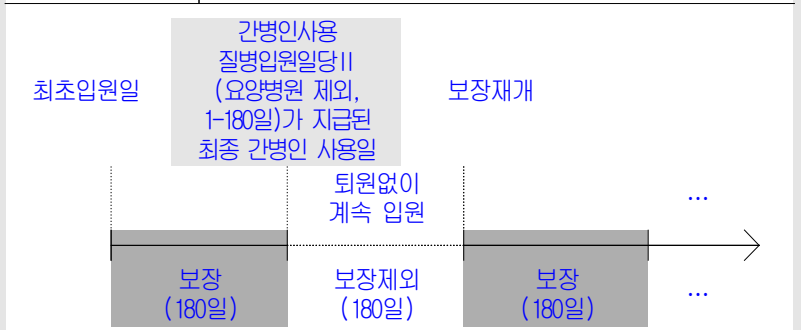
· 간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일) 지급금액
: 2만5천원 + 5만원×4일 = 22만5천원 지급

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 간병인사용 질병입원일당II(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 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 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 제7조(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 간병인사용 질병입원일당II(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, 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(사업자등록된 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 사업자등록된업체의 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

205. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음)
205-1. 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

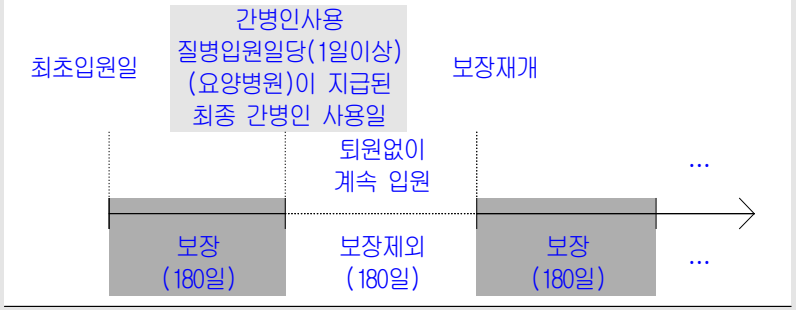
구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용 질병입원일당(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 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)이 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(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 회

사는 간병인사용 질병입원일당(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 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 제7조(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 간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)은 지급하지 않습니다.

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 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.

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, 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 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 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 사업자등록된업체의 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

206. 상급종합병원 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(1-180일)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 상급종합병원 간병인사용질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용시간이 1일당 8시간 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우	보험가입금액의 100%

예 시 | 상급종합병원 간병인사용질병입원일당 계산

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 상급종합병원 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

· 상급종합병원 간병인사용질병입원일당 지급금액

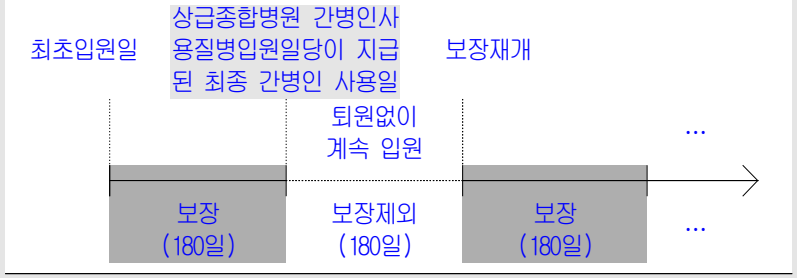
: 2만5천원 + 5만원×4일 = 22만5천원 지급

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 상급종합병원 간병인사용질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 간병인사용질병입원일당이 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 간병인사용질병입원일당이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 간병인사용질병입원일당이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시	최초 상급종합병원 입원시 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 상급종합병원 간병인사용질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

6 피보험자가 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

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

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 제7조(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 상급종합병원 간병인사용질병입원일당은 지급하지 않습니다.

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(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("상급종합병원"의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(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	

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. 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

가. 간병인 사용시간, 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 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 사업자등록된업체의 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

207. 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)
207-1. 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 진단확

정되고, "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

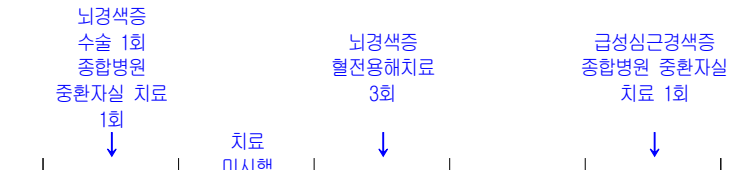
진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
보험가입금액 50%지급(1회)	미지급	보험가입금액 50%지급(1회)	…	보험가입금액 50%지급(1회)

※ 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 【별표183-1】(2대질병(뇌혈관질환) 분류표)에서 정한 "2대질병(뇌혈관질환)" 및 【별표183-2】(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("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(【별표10】 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 제28조(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 제36조(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(특별약관의 자동갱신)

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 "2대질병(뇌, 심장)"으로 최초 진단확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

3 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제12조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

208. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(감액없음)
208-1. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병(뇌,허혈심장)"으로 진단확정되고 그 "2대질병(뇌,허혈심장)"의 치료를 직접적인 목적으로 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
뇌혈관질환 수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
뇌혈관질환 혈전제거술	수술1회당	
뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	
허혈성심장질환 수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당	
허혈성심장질환 혈전제거술	수술1회당	
허혈성심장질환 혈전용해치료	연간1회한	
뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%
허혈성심장질환 종합병원 중환자실치료	연간1회한	

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "종합병원 중환자실치료"의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료"는 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "뇌혈관질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "뇌혈관질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "뇌혈관질환"으로 진단된 경우에는 이는 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "허혈성심장질환 종합병원 중환자실치료"는 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "허혈성심장질환"의 치료 중에 발병

된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "허혈성심장질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "허혈성심장질환"으로 진단된 경우에는 이는 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

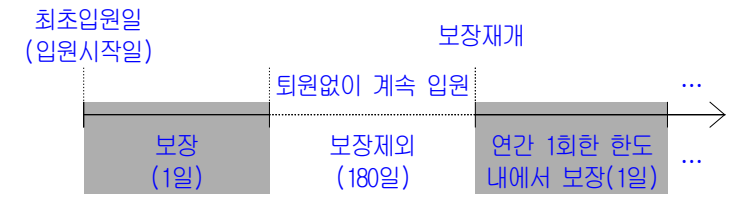
4 피보험자가 동일한 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 종합병원 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "뇌혈관질환"에 대한 입원이라도 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

5 피보험자가 동일한 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 종합병원 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "허혈성심장질환"에 대한 입원이라도 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

6 피보험자가 다른 종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

7 피보험자가 다른 종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

예 시 1	중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



예 시 2	동일한 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장 여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5.~ 2027.3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1~ 2027.12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2028.3.15~ 2028.3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

8 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

9 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

10 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 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.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병(뇌,허혈심장)"으로 진단확정되고 그 "2대질병(뇌,허혈심장)"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료II"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제11조(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 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료II" 중 "종합병원 중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료II"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산
· 보험가입금액 : 500만원 · 2대질병(뇌,허혈심장) 진단 및 치료예약 – 가입 후 2년 뒤 협심증(I20) 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 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료II"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 제3조(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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료" 또는 "허혈성심장질환 종합병원 중환자실치료" 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

3 회사는 아래의 의료비로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료" 또는 "허혈성심장질환 종합병원 중환자실치료" 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("2대질병(뇌,허혈심장)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "2대질병(뇌,허혈심장)"이라 함은 제2항에서 정한 "뇌혈관질환" 및 제3항에서 정한 "허혈성심장질환"을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표49】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

4 "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 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

5 "허혈성심장질환"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 "허혈성심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

6 제4항 내지 제5항에도 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 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료II"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료II"라 함은 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우
2. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우
3. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
4. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우
5. "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우
6. "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우
7. "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
8. "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우

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 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.

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("혈전제거술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제8조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"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.

제9조("종합병원 중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "종합병원 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 종합병원이라 함은 제10조("종합병원"의 정의)에서 정한 종합병원을 말합니다.

3 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.

제10조("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.

제11조(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.

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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

209. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)
209-1. 2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병(뇌,허혈심장)"으로 진단확정되고 그 "2대질병(뇌,허혈심장)"의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료II"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
뇌혈관질환 수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
뇌혈관질환 혈전제거술	수술1회당	
뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	
허혈성심장질환 수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당	
허혈성심장질환 혈전제거술	수술1회당	
허혈성심장질환 혈전용해치료	연간1회한	
뇌혈관질환 중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%
허혈성심장질환 중환자실치료	연간1회한	

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "중환자실치료"의 보험금 지급기준일은 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "뇌혈관질환 중환자실치료"는 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "뇌혈관질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "뇌혈관질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "뇌혈관질환"으로 진단된 경우에는 이는 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "허혈성심장질환 중환자실치료"는 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "허혈성심장질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "허혈성심장질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "허혈성심장질환"으로 진단된 경우에는 이는 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

4 피보험자가 동일한 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "뇌혈관질환"에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

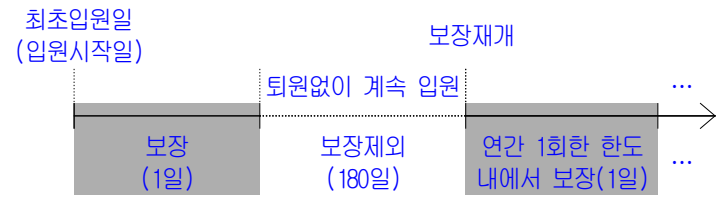
5 피보험자가 동일한 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "허혈성심장질환"에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속

입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

6 피보험자가 다른 상급종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

7 피보험자가 다른 상급종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

예 시 1	중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



예 시 2	동일한 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장 여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5.~ 2027.3.30	상급종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1~ 2027.12.15	상급종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2028.3.15~ 2028.3.30	상급종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

8 피보험자가 상급종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

9 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

10 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 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.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병(뇌,허혈심장)"으로 진단확정되고 그 "2대질병(뇌,허혈심장)"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제11조(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 "상급종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비" 중 "중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산

· 보험가입금액 : 500만원
· 2대질병(뇌,허혈심장) 진단 및 치료예약
  - 가입 후 2년 뒤 협심증(I20) 진단 및 상급종합병원에서 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 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비"를 받지 않은

경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "뇌혈관질환 중환자실치료" 또는 "허혈성심장질환 중환자실치료" 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

3 회사는 아래의 의료비로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "뇌혈관질환 중환자실치료" 또는 "허혈성심장질환 중환자실치료" 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("2대질병(뇌,허혈심장)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "2대질병(뇌,허혈심장)"이라 함은 제2항에서 정한 "뇌혈관질환" 및 제3항에서 정한 "허혈성심장질환"을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표49】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

4 "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 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

5 "허혈성심장질환"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 "허혈성심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

6 제4항 내지 제5항에도 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 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비"라 함은 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경

우
2. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우
3. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
4. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우
5. "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우
6. "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우
7. "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
8. "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

제6조("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

제7조(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 "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

제8조("혈전제거술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"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.

제10조("중환자실치료"의 정의)
1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.	

제11조(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.

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(특별약관의 자동갱신)
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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

210. 암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음)
210-1. 암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음)【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 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 아래의 검사를 받은 경우 검사구분별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

검 사 구 분	지급한도	지 급 금 액
암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 100%
암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	
암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	
암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%
암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	
암 내시경검사(급여)	연간1회한	
암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	

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("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표22】(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 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암", 제5항에서 정한 "제자리암" 및 제6항에서 정한 "경계성종양"을 말합니다.

8 "암(유사암제외)", "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(유사암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)", "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 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 자기공명영상진단(MRI) "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	자기공명영상진단(MRI)검사

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

2 이 특별약관에 있어서 "암 양전자방출단층촬영(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 경우로

서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	양전자방출단층촬영(PET)검사
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법	

3 이 특별약관에 있어서 "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 전산화단층영상진단 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)검사
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법	

4 이 특별약관에 있어서 "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 초음파 검사료 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	초음파(Ultrasonography)검사
인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법	

5 이 특별약관에 있어서 "암 내시경검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 내시경 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	내시경검사
내시경(내장장기 또는 체강 내부를 직접 볼 수 있게 만든 의료기구)을 사용하여 신체 내부를 관찰하는 검사 방식의 총칭	

6 이 특별약관에 있어서 "암 특정단일유전자검사(급여)"라 함은 【별표115】(암 특정단일유전자검사(급여) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "암 특정생검조직병리검사(급여)"라 함은 【별표116】(암 특정생검조직병리검사(급여) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

8 제1항 내지 제7항의 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)","암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)","암 전산화단층영상(CT)검사(급여)","암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)","암 내시경검사(급여)","암 특정단일유전자검사(급여)","암 특정생검조직병리검사(급여)"는 "의사"에 의하여 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

9 제1항 내지 제8항에도 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.

10 제1항 내지 제8항에도 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, 진료기록부(검사기록지 포함), "암 MRI · PET · CT · 초음파 · 내시경 · 특정단일유전자 · 특정생검조직병리검사(급여)" 목적이 기재된 의사소견서 등 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

211. 암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비 (진단후, 각 연간1회한) (감액없음)
211-1. 암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비 (진단후, 각 연간1회한) (감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(유사암제외)" 또는 보험기간 중에 "유사암"으로 진단확정되고, 그 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 치료 또는 진행여부 확인을 위해 아래의 검사를 받은 경우 검사구분별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 단, 다만, PET-MRI와 PET-CT는 양전자방출단층촬영(PET)에 포함되며, 각각 자기공명영상(MRI)과 전산화단층촬영(CT)에서 제외됩니다.

검 사 구 분	지급한도	지 급 금 액
암 자기공명영상(MRI)검사	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 100%
암 양전자방출단층촬영(PET)검사	연간1회한	
암 전산화단층영상(CT)검사	연간1회한	
암 초음파(Ultrasonography)검사	연간1회한	

용 어 풀 이

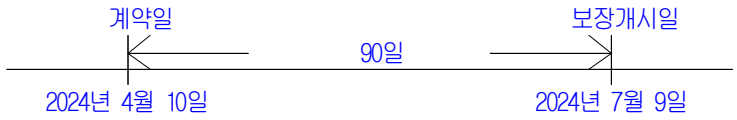
- **자기공명영상(MRI)검사**
  강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사
- **양전자방출단층촬영(PET)검사**
  양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법. 촬영 방법에 따라 PET-Scan, PET-CT, PET-MRI가 있으며, PET-CT 검사는 PET 검사장비에 CT장비를 장착한 이중 영상진단법이며, PET-MRI 검사는 PET 검사장비에 MRI장비를 장착한 이중 영상진단법
- **전산화단층영상(CT)검사**
  X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법
- **초음파(Ultrasonography)검사**
  인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법

2 제1항에도 불구하고 진단 확정 이전 검사라 하더라도 검사 결과 제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 정의 및 진단확정에 따라 진단 확정이 가능한 경우에는 보험금을 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

4 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "유사암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

5 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

6 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 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("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표22】(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 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암", 제5항에서 정한 "제자리암" 및 제6항에서 정한 "경계성종양"을 말합니다.

8 "암(유사암제외)", "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(유사암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)", "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(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료기록부(검사기록지 포함), 전산화단층촬영(CT) 소견서, 자기공명영상(MRI) 소견서, PET검사결과지, 초음파 소견서 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)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 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.

② 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

212. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)
212-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

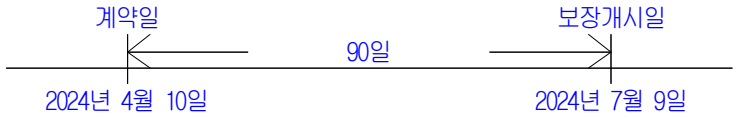
제1조(보험금의 지급사유)

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
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
항암호르몬약물치료	연간1회한	
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세이만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 "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 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 제7조(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 않

은 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 【별표22】(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 주요치료비"의 정의)

1 "암 주요치료비"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 주요치료비"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 "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(【별표10】 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피

보험자가 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

213. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)
213-1. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【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
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
항암호르몬약물치료	연간1회한	
중환자실치료	연간1회한	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 제7조(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 【별표23】 (제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표24】 (행동양식 불

명 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(【별표10】 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

214. 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)
214-1. 전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

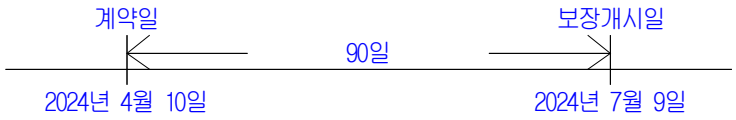
제1조(보험금의 지급사유)

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
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료	연간1회한	

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 "전이암II"으로 진단확정되고 그 "전이암II"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암주요치료"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.

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 제7조(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(【별표180】(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(특별약관의 무효)
1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)
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.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

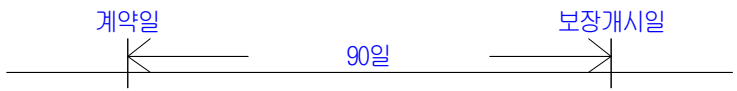
215. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비II (종합병원,연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"으로 진단확정되고, "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원"에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료II"("비급여(전액본인부담 포함) 암수술", "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료", "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료II")를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암(기타피부암, 갑상선암 포함)의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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(기타피부암, 갑상선암 포함)"으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료II"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) 암주요치료II"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 해당하

는 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) 암주요치료II"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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(기타피부암, 갑상선암 포함)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표22】(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 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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 포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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 주요치료Ⅱ"의 정의)

① "비급여(전액본인부담 포함) 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, 갑상선암 포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
2. "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료" 또는 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료Ⅱ"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 제1호에서 "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 제2호에서 "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 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료Ⅱ"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항의 "비급여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑦ "비급여(전액본인부담 포함) 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 "비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료Ⅱ"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 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

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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제11조(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.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

216. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음)
216-1. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 "신특정순환계질환 주요치료II"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
신특정순환계질환 수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
신특정순환계질환 혈전제거술	수술1회당	
뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	
허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	
신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

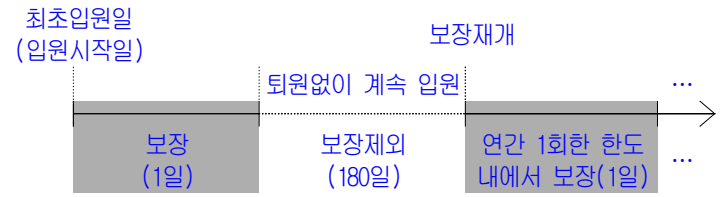
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "종합병원 중환자실치료"의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료"는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "신특정순환계질환"의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "신특정순환계질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "신특정순환계질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "신특정순환계질환"으로 진단된 경우에는 이는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 피보험자가 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 종합병원 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "신특정순환계질환"에 대한 입원이라도 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가 다른 종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

예 시 1	중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



예 시 2	동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장 여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5.~ 2027.3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1~ 2027.12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2028.3.15~ 2028.3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

5 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

6 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

8 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 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "신특정순환계질환 주요치료II"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제11조(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 "신특정순환계질환 주요치료II" 중 "종합병원 중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "신특정순환계질환 주요치료II"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산

· 보험가입금액 : 500만원
· 신특정순환계질환 진단 및 치료예약
  - 가입 후 2년 뒤 협심증(I20) 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 알린 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환 주요치료II"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 제3조(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(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료" 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

③ 회사는 아래의 의료비로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료" 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("신특정순환계질환" 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표182】(신특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표184】(허혈성심장질환 및 기타순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
④ "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.
⑤ "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 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
⑥ "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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), 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
⑦ 제4항 내지 제6항에도 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", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"라 함은 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우
2. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우

3. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
4. "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
5. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우

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 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.

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("혈전제거술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제8조("혈전용해치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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.

제9조("종합병원 중환자실치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "종합병원 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 종합병원이라 함은 제10조("종합병원"의 정의)에서 정한 종합병원을 말합니다.

③ 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.	

제10조("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.

제11조(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.

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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

217. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)

217-1. 신특정순환계질환 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
신특정순환계질환 수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
신특정순환계질환 혈전제거술	수술1회당	
뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	
허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	
신특정순환계질환 중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

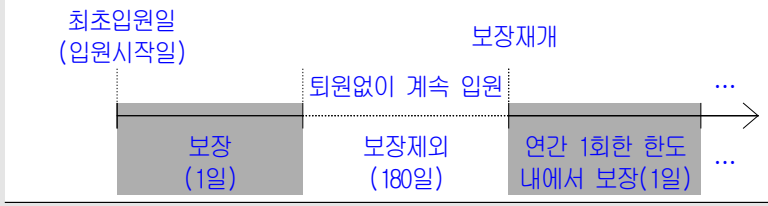
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "중환자실치료"의 보험금 지급기준일은 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "신특정순환계질환 중환자실치료"는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "신특정순환계질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "신특정순환계질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "신특정순환계질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "신특정순환계질환"으로 진단된 경우에는 이는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 피보험자가 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "신특정순환계질환"에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

예 시 1	중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



예 시 2	동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장 여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5.~ 2027.3.30	상급종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1~ 2027.12.15	상급종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2028.3.15~ 2028.3.30	상급종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

5 피보험자가 상급종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

8 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 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제11조(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 "상급종합병원"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ" 중 "중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ

"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

예 시	선지급 치료비 계산
· 보험가입금액 : 500만원 · 신특정순환계질환 진단 및 치료예약 – 가입 후 2년 뒤 협심증(I20) 진단 및 상급종합병원에서 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 알린 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환 주요치료II"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "신특정순환계질환 중환자실치료" 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

3 회사는 아래의 의료비로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "신특정순환계질환 중환자실치료" 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("신특정순환계질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표182】(신특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표184】(허혈성심장질환 및 기타순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

4 "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, 신

경학적 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.

5 "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 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

6 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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), 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

7 제4항 내지 제6항에도 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", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("신특정순환계질환 주요치료II"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 주요치료II"라 함은 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우
2. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우
3. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
4. "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
5. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

제6조("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

제7조(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 "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

제8조("혈전제거술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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.

제10조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.

제11조(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.

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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

218. 암(유사암제외) 주요치료비II(종합병원,각 연간1회한)
218-1. 암(유사암제외) 주요치료비II (종합병원,각 연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

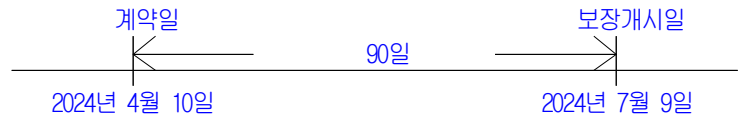
제1조(보험금의 지급사유)

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 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급한도	지 급 금 액
수술	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 "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 제7조(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 【별표22】(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 국내의약품에 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(【별표10】 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

219. 유사암 주요치료비Ⅱ(종합병원,각 연간1회한)
219-1. 유사암 주요치료비Ⅱ(종합병원,각 연간1회한)【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 각각 연간1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급한도	지 급 금 액
수술	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
중환자실치료	연간1회한	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 "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 : 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 제7조(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 "선지

급 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 【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표24】(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(【별표10】 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

220. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)
220-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

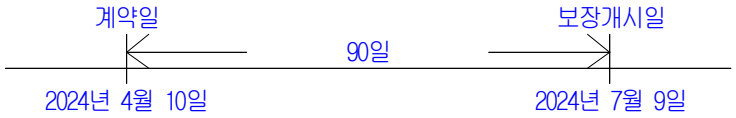
제1조(보험금의 지급사유)

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
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 "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 제7조(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 【별표22】(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(【별표10】 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

221. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)
221-1. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【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
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
중환자실치료	연간1회한	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 "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 : 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 제7조(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 사정

이 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【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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(【별표10】 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

222. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)

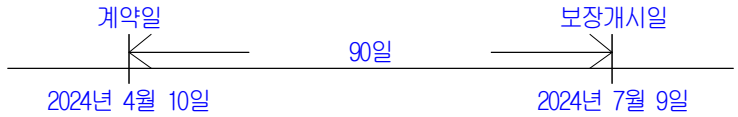
제1조(보험금의 지급사유)

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
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
항암호르몬약물치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 30%
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 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 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 제7조(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 【별표22】(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 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(【별표10】 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 제23조(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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

223. 유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)

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
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
항암호르몬약물치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 30%
중환자실치료	연간1회한	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 제7조(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 【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표24】(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(【별표10】 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

224. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (종합병원)(감액없음)
224-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (종합병원)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

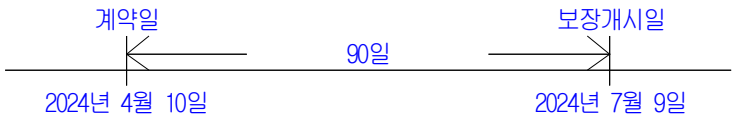
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 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	지급방식	지 급 금 액
비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암제외)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 20%
비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

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 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

6 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 제7조(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 【별표22】(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 항암약물치료로 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 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

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)

① 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

② 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

225. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (종합병원)(감액없음)

225-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (종합병원)(감액없음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

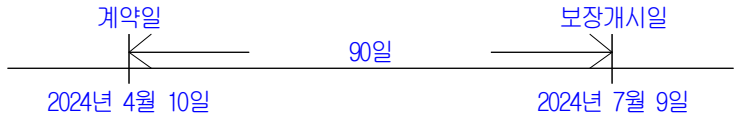
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "치료구분별 대상질병"으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암특정주요치료"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 20%
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 300%
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 60%
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제1항의 "치료구분별 대상질병"이란 아래의 질병을 말합니다.

치 료 구 분	대상질병
비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	암(갑상선암및전립선암제외)
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 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

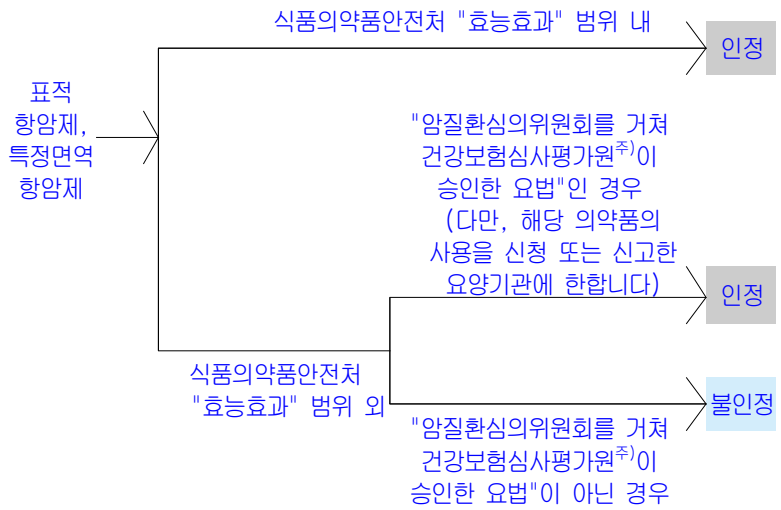
5 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

6 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.

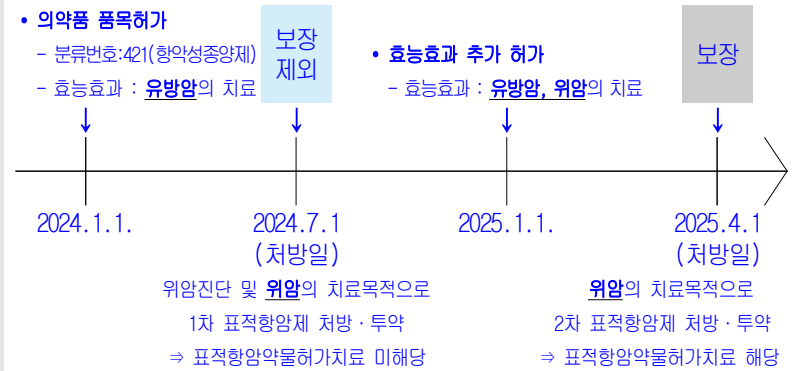
용 어 풀 이 | **표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



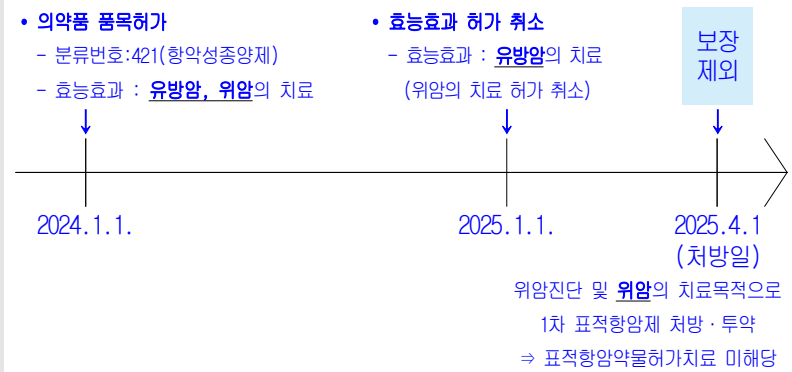
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

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 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 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 제7조(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 【별표22】(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 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(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 통

용되는 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(전액본인부담 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 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 【별표86-1】(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 【별표86-3】(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 진료수가코드(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 제5호의 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제18조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

226. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)
226-1. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)【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 받은 "암 주요치료Ⅳ"의 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"가 2회이상인 경우 연간1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구 분	연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수	지 급 금 액
암(유사암제외) 주요치료 (연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)	2회	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	3회	이 특별약관의 보험가입금액 150%
	4회이상	이 특별약관의 보험가입금액 200%

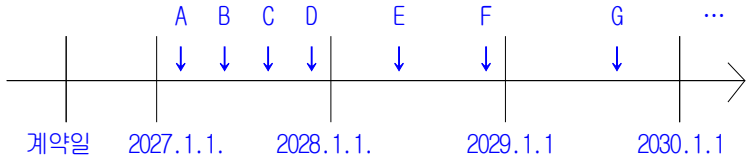
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 3회 또는 4회이상에 해당하게 된 경우에는 3회 또는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 3회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 4회이상에 해당하게 된 경우에는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

예 시	보험금 지급

· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 1,000만원 기준

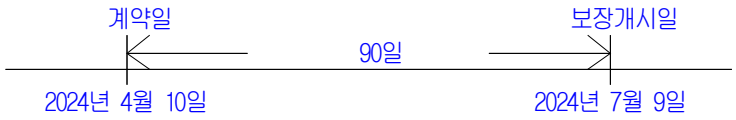
A : 암(유사암제외) 수술
B : 암(유사암제외) 항암방사선치료
C : 암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)
D : 암(유사암제외) 중환자실치료
E : 암(유사암제외) 수술
F : 암(유사암제외) 항암방사선치료
G : 암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)



A : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 3회)
→ 3회에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 500만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 4회)
→ 4회이상에 해당하는 보험금(2,000만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,500만원)을 차감하고 지급
E : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)
F : 1,000만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 2회)
G : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)

4 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

5 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

6 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

7 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 암(유사암제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "항암방사선치료"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

2 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 암(유사암제외)으로 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)를 받은 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

3 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 암(유사암제외)으로 중환자실에 입원한 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "중환자실치료"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

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 【별표22】(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(제8조(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("연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"의 정의)

① "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"라 함은 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 "암 주요치료Ⅳ"의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주요치료 항목	산정기준
수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회한
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한
중환자실치료	연간1회한

예 시	연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 산정

[예시1]
· 연간 수술 2회,
항암방사선치료 0회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 1회,
중환자실치료 0회 시행한 경우
⇒ 연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 : 3회(2회+0회+1회+0회)

[예시2]
· 연간 수술 0회,
항암방사선치료 2회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 2회,
중환자실치료 2회 시행한 경우
⇒ 연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 : 3회(0회+1회+1회+1회)
※ 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료의 경우 산정기준이 연간1회한이므로 연간2회이상 치료시에도 각각 1회로 적용합니다.

② "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

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 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)
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(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.

제9조("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(【별표10】 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.	

제10조("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.

제11조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

227. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)

227-1. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)【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 받은 "암 주요치료Ⅳ"의 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"가 2회이상인 경우 연간1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구 분	연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수	지 급 금 액
유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)	2회	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	3회	이 특별약관의 보험가입금액 150%
	4회이상	이 특별약관의 보험가입금액 200%

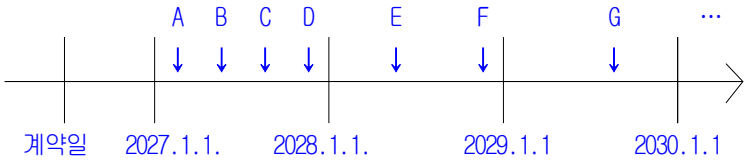
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 3회 또는 4회이상에 해당하게 된 경우에는 3회 또는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 3회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 4회이상에 해당하게 된 경우에는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

예 시	보험금 지급

· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 100만원 기준

A : 유사암 수술
B : 유사암 항암방사선치료
C : 유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)
D : 유사암 중환자실치료
E : 유사암 수술
F : 유사암 항암방사선치료
G : 유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)



A : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)
B : 100만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 2회)
C : 50만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 3회)
→ 3회에 해당하는 보험금(150만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(100만원)을 차감하고 지급
D : 50만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 4회)
→ 4회이상에 해당하는 보험금(200만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(150만원)을 차감하고 지급
E : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)
F : 100만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 2회)
G : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)

4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 항암방사선치료를 받은 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "항암방사선치료"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

2 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)를 받은 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

3 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 중환자실에 입원한 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "중환자실치료"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

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("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【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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(제8조(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("연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"의 정의)

1 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"라 함은 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 "암 주요치료Ⅳ"의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주요치료 항목	산정기준
수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회한
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한
중환자실치료	연간1회한

예 시	연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 산정

[예시1]

· 연간 수술 2회,
항암방사선치료 0회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 1회,
중환자실치료 0회 시행한 경우

⇒ 연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 : 3회(2회+0회+1회+0회)

[예시2]

· 연간 수술 0회,
항암방사선치료 2회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 2회,
중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 : 3회(0회+1회+1회+1회)

※ 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료의 경우 산정기준이 연간1회한이므로 연간2회이상 치료시에도 각각 1회로 적용합니다.

2 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

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 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

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(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.

제9조("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(【별표10】 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.	

제10조("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.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다

228. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음)
228-1. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 받은 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"가 2회이상인 경우 연간1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구 분	연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수	지 급 금 액
신특정순환계질환 주요치료 (연간2,3,4회이상) 생활비	2회	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	3회	이 특별약관의 보험가입금액 150%
	4회이상	이 특별약관의 보험가입금액 200%

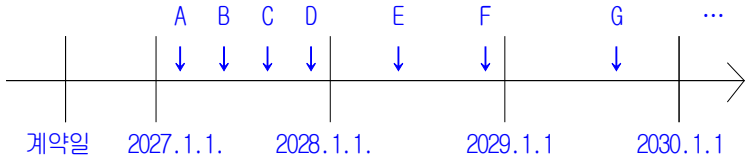
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수" 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수" 3회 또는 4회이상에 해당하게 된 경우에는 3회 또는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수" 3회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수" 4회이상에 해당하게 된 경우에는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

예 시 | 보험금 지급

· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 1,000만원 기준

A : 신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외)
B : 신특정순환계질환 혈전제거술
C : 뇌혈관질환 혈전용해치료
D : 허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료
E : 신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외)
F : 신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료
G : 신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외)



A : 보험금 미지급(연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 3회)
→ 3회에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 500만원 지급(연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 4회)
→ 4회이상에 해당하는 보험금(2,000만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,500만원)을 차감하고 지급
E : 보험금 미지급(연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 1회)
F : 1,000만원 지급(연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 2회)
G : 보험금 미지급(연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 1회)

4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "뇌혈관질환"으로 "뇌혈관질환 혈전용해치료"를 받은 경우에도 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ" 항목 중 "뇌혈관질환 혈전용해치료"에 한하여 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

2 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료"를 받은 경우에도 "신특정

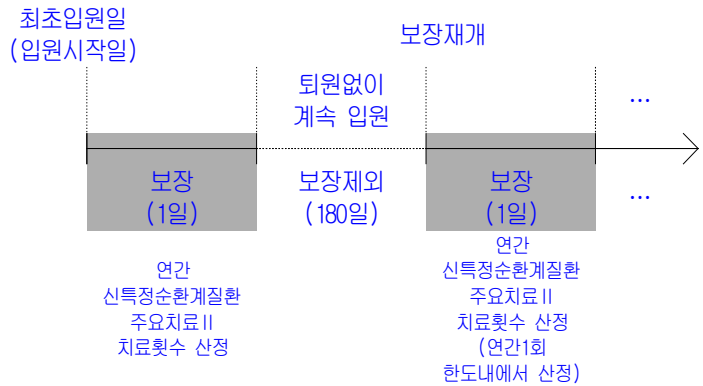
순환계질환 주요치료Ⅱ" 항목 중 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료"에 한하여 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

3 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "신특정순환계질환"으로 "종합병원 중환자실"에 입원한 경우에도 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ" 항목 중 "신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료"에 한하여 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

4 제3항의 "신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료"는 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 "입원시작일"이라 합니다)를 기준으로 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 산정합니다. 다만 제6조("연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"의 정의) 제2항에 따라 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"가 재산정 되더라도 동일한 "신특정순환계질환"에 대한 입원의 경우 재산정 대상에서 제외됩니다.

5 제4항의 중환자실치료는 동일한 "신특정순환계질환"에 대한 입원이라도 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"에 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시



예 시 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5.~ 2027.3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	인정	
2027.12.1~ 2027.12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2028.3.15~ 2028.3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

6 제5항의 새로운 입원인 경우에도 제6조("연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"의 정의) 제1항에 따라 연간 1회에 한하여 산정합니다.

7 제3항의 "신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료"는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "신특정순환계질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "신특정순환계질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "신특정순환계질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "신특정순환계질환"으로 진단된 경우에는 이는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

8 피보험자가 다른 종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 산정합니다.

9 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 산정합니다.

10 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 산정합니다.

11 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

12 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하

지 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 제5조("신특정순환계질환 주요치료II"의 정의) 제5호에서 정한 "종합병원 중환자실치료"가 발생하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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

3 회사는 아래의 의료비로 제5조("신특정순환계질환 주요치료II"의 정의) 제5호에서 정한 "종합병원 중환자실치료"가 발생하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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("신특정순환계질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표182】(신특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표184】(허혈성심장질환 및 기타순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

4 "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.

5 "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 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

6 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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), 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

7 제4항 내지 제6항에도 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", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("신특정순환계질환 주요치료II"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 주요치료II"라 함은 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우
2. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우
3. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우

4. "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
5. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우

제6조("연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"의 정의)

1 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"라 함은 피보험자가 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주요치료 항목	산정기준
신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외)	수술1회당
신특정순환계질환 혈전제거술	수술1회당
뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한
허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한
신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료	연간1회한

예 시	연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 산정

[예시1]

· 연간 신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외) 2회,
신특정순환계질환 혈전제거술 0회,
뇌혈관질환 혈전용해치료 1회,
허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료 0회,
신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료 1회 시행한 경우

⇒ 연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 : 4회(2회+0회+1회+0회+1회)

[예시2]

· 연간 신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외) 0회,
신특정순환계질환 혈전제거술 0회,
뇌혈관질환 혈전용해치료 2회,
허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료 2회,
신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 : 3회(0회+0회+1회+1회+1회)

※ 뇌혈관질환 혈전용해치료, 허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료, 신특정순환계질환 종합병원 중환자실치료의 경우 산정기준이 연간1회한이므로 연간2회이상 치료시에도 각각 1회로 적용합니다.

2 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

제7조(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 "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

제8조("혈전제거술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며,

정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성 심장질환 및 기타순환계질환"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.

제10조("종합병원 중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "종합병원 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 종합병원이라 함은 제11조("종합병원"의 정의)에서 정한 종합병원을 말합니다.

3 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.

제11조("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.

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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

229. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)
229-1. 신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 받은 "신특정순환계질환 주요치료II"의 "연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수"가 2회이상인 경우 연간1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구 분	연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수	지 급 금 액
신특정순환계질환 주요치료 (연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)	2회	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	3회	이 특별약관의 보험가입금액 150%
	4회이상	이 특별약관의 보험가입금액 200%

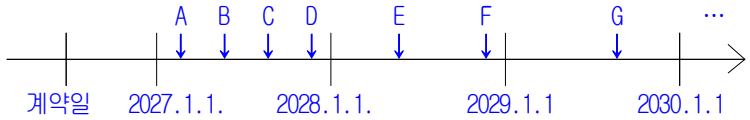
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수" 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수" 3회 또는 4회이상에 해당하게 된 경우에는 3회 또는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수" 3회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수" 4회이상에 해당하게 된 경우에는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

예 시 | 보험금 지급

· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 1,000만원 기준

A : 신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외)
B : 신특정순환계질환 혈전제거술
C : 뇌혈관질환 혈전용해치료
D : 허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료
E : 신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외)
F : 신특정순환계질환 중환자실치료
G : 신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외)



A : 보험금 미지급(연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수 3회)
→ 3회에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 500만원 지급(연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수 4회)
→ 4회이상에 해당하는 보험금(2,000만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,500만원)을 차감하고 지급
E : 보험금 미지급(연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수 1회)
F : 1,000만원 지급(연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수 2회)
G : 보험금 미지급(연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수 1회)

4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "뇌혈관질환"으로 "뇌혈관질환 혈전용해치료"를 받은 경우에도 "신특정순환계질환 주요치료II" 항목 중 "뇌혈관질환 혈전용해치료"에 한하여 "연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

2 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료"를 받은 경우에도 "신특정순환계질환 주요치료II" 항목 중 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료"에 한하여 "연간 신특정순환계질환 주요치료II 치료횟수"를 1회로 산정합

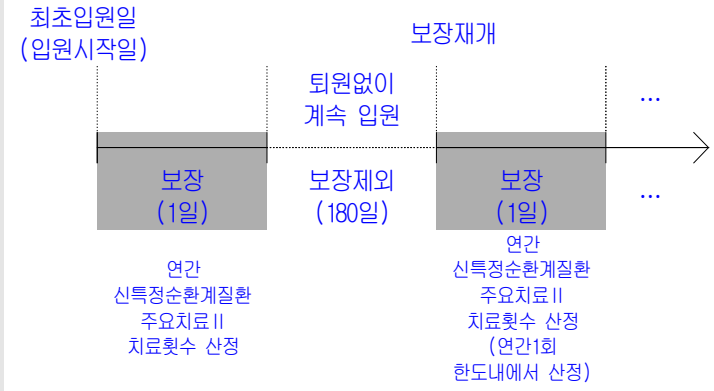
니다.

3 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "신특정순환계질환"으로 "중환자실"에 입원한 경우에도 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ" 항목 중 "신특정순환계질환 중환자실치료"에 한하여 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

4 제3항의 "신특정순환계질환 중환자실치료"는 상급종합병원 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 "입원시작일"이라 합니다)를 기준으로 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 산정합니다. 다만 제6조("연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"의 정의) 제2항에 따라 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"가 재산정 되더라도 동일한 "신특정순환계질환"에 대한 입원의 경우 재산정 대상에서 제외됩니다.

5 제4항의 중환자실치료는 동일한 "신특정순환계질환"에 대한 입원이라도 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"에 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예 시



예 시 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5.~ 2027.3.30	상급종합병원 중환자실 입원(1차)	인정	
2027.12.1~ 2027.12.15	상급종합병원 중환자실 입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2028.3.15~ 2028.3.30	상급종합병원 중환자실 입원(3차)	인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

6 제5항의 새로운 입원인 경우에도 제6조("연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"의 정의) 제1항에 따라 연간 1회에 한하여 산정합니다.

7 제3항의 "신특정순환계질환 중환자실치료"는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "신특정순환계질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "신특정순환계질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "신특정순환계질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "신특정순환계질환"으로 진단된 경우에는 이는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

8 피보험자가 다른 상급종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 산정합니다.

9 피보험자가 상급종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 산정합니다.

10 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"를 산정합니다.

11 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

12 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하

지 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의) 제5호에서 정한 "중환자실치료"가 발생하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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

3 회사는 아래의 의료비로 제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의) 제5호에서 정한 "중환자실치료"가 발생하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 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("신특정순환계질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표182】(신특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표184】(허혈성심장질환 및 기타순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

4 "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.

5 "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 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

6 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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), 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

7 제4항 내지 제6항에도 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", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"라 함은 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우
2. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우
3. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
4. "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치

료"를 받은 경우

5. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

제6조("연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"의 정의)

1 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"라 함은 피보험자가 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 받은 "신특정순환계질환 주요치료Ⅱ"의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주요치료 항목	산정기준
신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외)	수술1회당
신특정순환계질환 혈전제거술	수술1회당
뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한
허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한
신특정순환계질환 중환자실치료	연간1회한

예 시 | 연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 산정

[예시1]

· 연간 신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외) 2회,
신특정순환계질환 혈전제거술 0회,
뇌혈관질환 혈전용해치료 1회,
허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료 0회,
신특정순환계질환 중환자실치료 1회 시행한 경우

⇒ 연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 : 4회(2회+0회+1회+0회+1회)

[예시2]

· 연간 신특정순환계질환 수술(혈전제거술 제외) 0회,
신특정순환계질환 혈전제거술 0회,
뇌혈관질환 혈전용해치료 2회,
허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료 2회,
신특정순환계질환 중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수 : 3회(0회+0회+1회+1회+1회)

※ 뇌혈관질환 혈전용해치료, 허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료, 신특정순환계질환 중환자실치료의 경우 산정기준이 연간1회한이므로 연간2회이상 치료시에도 각각 1회로 적용합니다.

2 "연간 신특정순환계질환 주요치료Ⅱ 치료횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

제7조(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 "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

제8조("혈전제거술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성 심장질환 및 기타순환계질환"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.

제10조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.	

제11조("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	

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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

230. 폐렴진단비(최초1회한)
230-1. 폐렴진단비(최초1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "폐렴"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 90일미만	보험계약일부터 90일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
폐렴진단비	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 이 특별약관의 보험가입금액으로 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(폐렴의 정의 및 진단확정)에서 정한 "폐렴"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(폐렴의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "폐렴"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표186】(폐렴 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "폐렴"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "폐렴"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 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 폐렴진단비가 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

231. 폐렴진단비(연간1회한)
231-1. 폐렴진단비(연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "폐렴"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 90일미만	보험계약일부터 90일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
폐렴진단비	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 이 특별약관의 보험가입금액으로 합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 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(폐렴의 정의 및 진단확정)에서 정한 "폐렴"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(폐렴의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "폐렴"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표186】(폐렴 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "폐렴"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "폐렴"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 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)

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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

232. 패혈증진단비(최초1회한)
232-1. 패혈증진단비(최초1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "패혈증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 패혈증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 90일미만	보험계약일부터 90일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
패혈증진단비	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 이 특별약관의 보험가입금액으로 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(패혈증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "패혈증"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(패혈증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "패혈증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표187】(패혈증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "패혈증"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 "패혈증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 패혈증진단비가 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

233. 패혈증진단비(연간1회한)
233-1. 패혈증진단비(연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "패혈증"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 패혈증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 90일미만	보험계약일부터 90일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
패혈증진단비	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 이 특별약관의 보험가입금액으로 합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 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(패혈증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "패혈증"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)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(패혈증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "패혈증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표187】(패혈증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "패혈증"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 "패혈증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

234. 주요폐질환진단비(최초1회한)
234-1. 주요폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요폐질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 주요폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 90일미만	보험계약일부터 90일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
주요폐질환 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 이 특별약관의 보험가입금액으로 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(주요폐질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "주요폐질환"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(주요폐질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "주요폐질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표188】(주요폐질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "주요폐질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "주요폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 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 주요폐질환진단비가 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

235. 주요폐질환진단비(연간1회한)
235-1. 주요폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요폐질환"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 주요폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 90일미만	보험계약일부터 90일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
주요폐질환 진단비	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에

따른 "전환후 계약"의 지급금액은 이 특별약관의 보험가입금액으로 합니다.
3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 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(주요폐질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "주요폐질환"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(주요폐질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "주요폐질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표188】(주요폐질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "주요폐질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "주요폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 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)

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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

236. 외부요인폐질환진단비(최초1회한)
236-1. 외부요인폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외부요인폐질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 외부요인폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 90일미만	보험계약일부터 90일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
외부요인폐질환진단비	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 이 특별약관의 보험가입금액으로 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(외부요인폐질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "외부요인폐질환"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(외부요인폐질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외부요인폐질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표189】(외부요인폐질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "외부요인폐질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "외부요인폐질환"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(진단서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 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 외부요인폐질환진단비가 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

237. 외부요인폐질환진단비(연간1회한)
237-1. 외부요인폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외부요인폐질환"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 외부요인폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액			
	최초의 계약			갱신된 계약
	보험계약일부터 90일미만	보험계약일부터 90일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
외부요인폐질환진단비	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 이 특별약관의 보험가입금액으로 합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 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(외부요인폐질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "외부요인폐질환"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(외부요인폐질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "외부요인폐질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표189】(외부요인폐질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "외부요인폐질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "외부요인폐질환"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(진단서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 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)

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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

238. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)
238-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

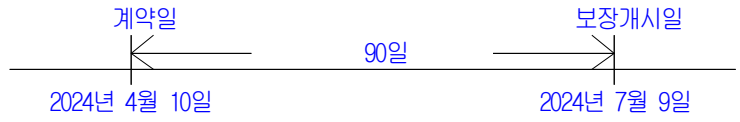
제1조(보험금의 지급사유)

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 "상급종합병원"에서 "암주요치료III"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
항암호르몬약물치료	연간1회한	
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 "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 "상급종합병원"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 : 500만원
· 암 진단 및 치료예약
  - 가입 후 2년 뒤 간암(C22) 진단 및 상급종합병원에서 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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 【별표22】(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 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(【별표10】 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("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

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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

239. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)
239-1. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【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 "상급종합병원"에서 "암주요치료III"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
항암호르몬약물치료	연간1회한	
중환자실치료	연간1회한	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 "상급종합병원"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 상급종합병원에서 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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 사정

이 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 【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표24】(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(【별표10】 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("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

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

240. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)
240-1. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

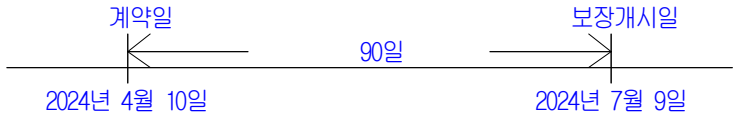
제1조(보험금의 지급사유)

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 "상급종합병원"에서 "암주요치료Ⅳ"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 "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 "상급종합병원"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 상급종합병원에서 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" 지급일로

부터 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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 【별표22】(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(【별표10】 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("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	

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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피

보험자가 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

241. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)
241-1. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【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 "상급종합병원"에서 "암주요치료Ⅳ"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
중환자실치료	연간1회한	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 "선지급 치료비"로 지급할 수 있습니다.

2 제1항의 "선지급 치료비"는 500만원을 한도로 하며 "상급종합병원"에서 해당치

료를 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 상급종합병원에서 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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(【별표10】 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("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

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

② 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

242. 암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)

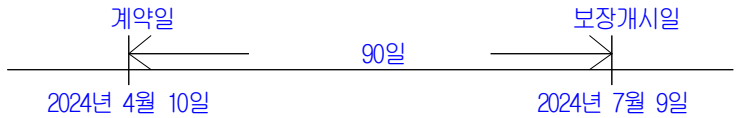
제1조(보험금의 지급사유)

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 "상급종합병원"에서 "암주요치료III"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
항암호르몬약물치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 30%
중환자실치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%

② 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

③ 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 지

급사유 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 "상급종합병원"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 : 500만원 · 암 진단 및 치료예약 - 가입 후 2년 뒤 간암(C22) 진단 및 상급종합병원에서 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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 【별표22】(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 상세 불명의 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 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(【별표10】 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("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

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 제23조(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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

243. 유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음)

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 "상급종합병원"에서 "암주요치료III"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	
항암호르몬약물치료	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 30%
중환자실치료	연간1회한	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 "상급종합병원"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 상급종합병원에서 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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 【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표24】(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(【별표10】 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("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

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

244. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음)
244-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

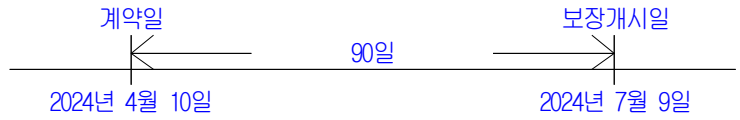
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "치료구분별 대상질병"으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "상급종합병원"에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료III"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암제외)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 20%
비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

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 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

5 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

6 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 "상급종합병원"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 상급종합병원에서 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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 【별표22】(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 항암약물치료로 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("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

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 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	

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 신뢰

성이 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

245. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음)

245-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

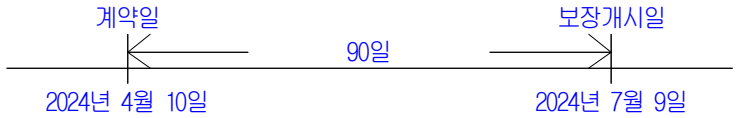
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "치료구분별 대상질병"으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "상급종합병원"에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 20%
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 300%
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 60%
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	
비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

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 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

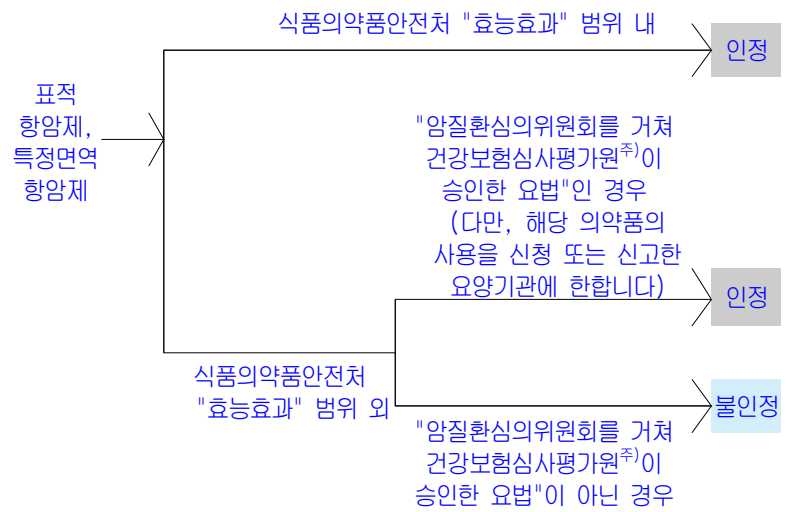
5 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

6 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.

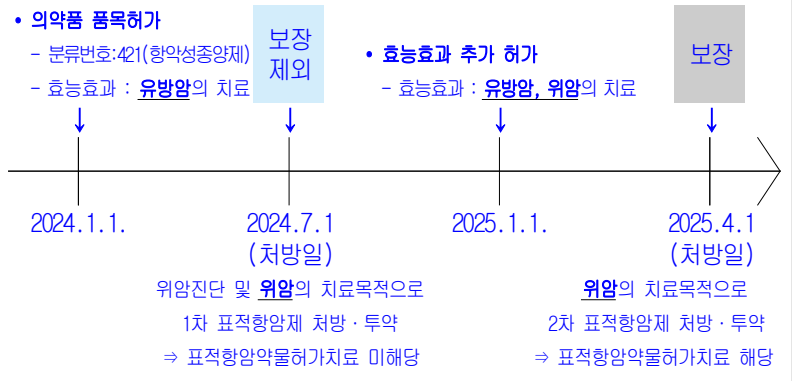
용 어 풀 이 | **표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



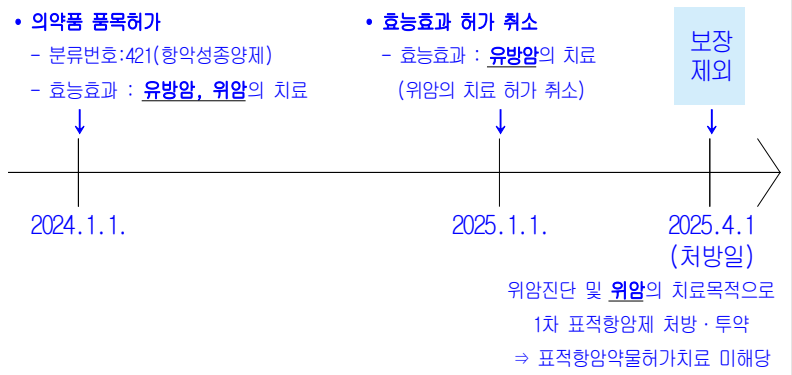
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

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 표적항암약물허가치료"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.

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 특정면역항암약물허가치료"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.

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.

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 "상급종합병원"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 상급종합병원에서 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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 【별표22】(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 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(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(전액본인부담 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 암수술"의 정의)에서 정한 "다빈치로봇 암수술" 중 제2항의 "비급

여" 또는 제3항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

5 제1항 제3호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"는 제7조("표적항암제 및 표적항암약물허가치료"의 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 특정면역항암약물허가치료"의 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("항암양성자방사선치료"의 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("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

제6조("다빈치로봇 암수술"의 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 표적항암약물허가치료"의 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 방해함

으로써 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 【별표86-1】(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 특정면역항암약물허가치료"의 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 【별표86-3】(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("항암양성자방사선치료"의 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 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

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 진료수가코드(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, "암질

환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부
ㄷ. 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 제5호의 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제18조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

246. 전이암II 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)
246-1. 전이암II 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

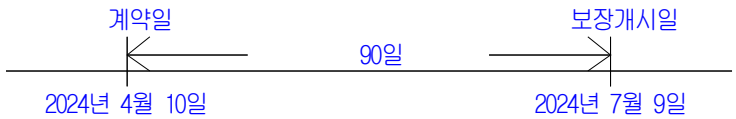
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 전이암II에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 "전이암II"으로 진단확정되고 그 "전이암II"의 치료를 직접적인 목적으로 "상급종합병원"에서 "암주요치료"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 100%
항암방사선치료	연간1회한	
항암약물치료	연간1회한	

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시 | **암의 보장개시일(15세 이상 기준)**



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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 "전이암II"으로 진단확정되고 그 "전이암II"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암주요치료"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 "상급종합병원"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 상급종합병원에서 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 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(【별표180】(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("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

제9조(특별약관의 무효)
1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)
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.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

247. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)

247-1. 암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【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 "상급종합병원"에서 받은 "암 주요치료Ⅳ"의 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"가 2회이상인 경우 연간1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구 분	연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수	지 급 금 액
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)	2회	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	3회	이 특별약관의 보험가입금액 150%
	4회이상	이 특별약관의 보험가입금액 200%

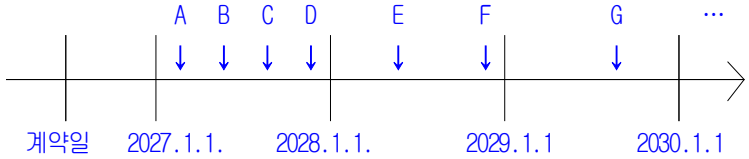
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 3회 또는 4회이상에 해당하게 된 경우에는 3회 또는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 3회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 4회이상에 해당하게 된 경우에는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

예 시	보험금 지급

· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 1,000만원 기준

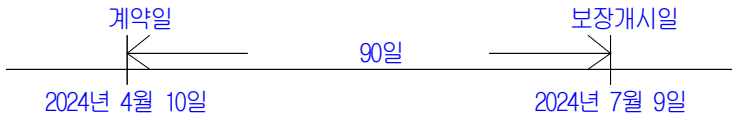
A : 암(유사암제외) 수술
B : 암(유사암제외) 항암방사선치료
C : 암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)
D : 암(유사암제외) 중환자실치료
E : 암(유사암제외) 수술
F : 암(유사암제외) 항암방사선치료
G : 암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)



A : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 3회)
→ 3회에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 500만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 4회)
→ 4회이상에 해당하는 보험금(2,000만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,500만원)을 차감하고 지급
E : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)
F : 1,000만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 2회)
G : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)

4 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

5 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

6 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

7 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 암(유사암제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "항암방사선치료"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

2 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 암(유사암제외)으로 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)를 받은 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

3 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 암(유사암제외)으로 중환자실에 입원한 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "중환자실치료"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

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 【별표22】(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(제8조(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("연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"의 정의)

① "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"라 함은 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 "암 주요치료Ⅳ"의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주요치료 항목	산정기준
수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회한
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한
중환자실치료	연간1회한

예 시	연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 산정

[예시1]

· 연간 수술 2회,
항암방사선치료 0회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 1회,
중환자실치료 0회 시행한 경우

⇒ 연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 : 3회(2회+0회+1회+0회)

[예시2]

· 연간 수술 0회,
항암방사선치료 2회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 2회,
중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 : 3회(0회+1회+1회+1회)

※ 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료의 경우 산정기준이 연간1회한이므로 연간2회이상 치료시에도 각각 1회로 적용합니다.

② "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

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 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	

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(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.

제9조("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(【별표10】 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.	

제10조("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

제11조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

248. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)

248-1. 유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【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 "상급종합병원"에서 받은 "암 주요치료Ⅳ"의 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"가 2회이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구 분	연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수	지 급 금 액
유사암 주요치료 (연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)	2회	이 특별약관의 보험가입금액 100%
	3회	이 특별약관의 보험가입금액 150%
	4회이상	이 특별약관의 보험가입금액 200%

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 3회 또는 4회이상에 해당하게 된 경우에는 3회 또는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은

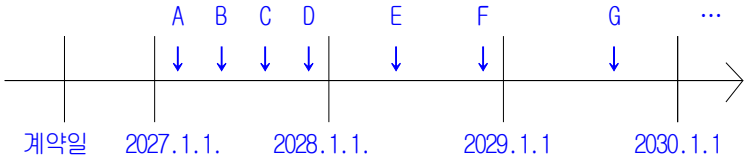
보험금을 차감하고 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 3회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수" 4회이상에 해당하게 된 경우에는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

예 시	보험금 지급

· 보험계약일 : 2026년 1월 1일, 보험가입금액 : 100만원 기준

A : 유사암 수술
B : 유사암 항암방사선치료
C : 유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)
D : 유사암 중환자실치료
E : 유사암 수술
F : 유사암 항암방사선치료
G : 유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)



A : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)
B : 100만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 2회)
C : 50만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 3회)
→ 3회에 해당하는 보험금(150만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(100만원)을 차감하고 지급
D : 50만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 4회)
→ 4회이상에 해당하는 보험금(200만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(150만원)을 차감하고 지급
E : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)
F : 100만원 지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 2회)
G : 보험금 미지급(연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 1회)

4 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 항암방사선치료를 받은 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "항암방사선치료"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

2 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)를 받은 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

3 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 중환자실에 입원한 경우에도 "암 주요치료Ⅳ" 항목 중 "중환자실치료"에 한하여 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"를 1회로 산정합니다.

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("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【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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(제8조(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("연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"의 정의)

1 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"라 함은 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 "암 주요치료Ⅳ"의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주요치료 항목	산정기준
수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회한
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한
중환자실치료	연간1회한

예 시	연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 산정

[예시1]

· 연간 수술 2회,
항암방사선치료 0회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 1회,
중환자실치료 0회 시행한 경우

⇒ 연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 : 3회(2회+0회+1회+0회)

[예시2]

· 연간 수술 0회,
항암방사선치료 2회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 2회,
중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수 : 3회(0회+1회+1회+1회)

※ 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료의 경우 산정기준이 연간1회한이므로 연간2회이상 치료시에도 각각 1회로 적용합니다.

2 "연간 암 주요치료Ⅳ 치료횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

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 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	

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(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.

제9조("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(【별표10】 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.	

제10조("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	

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

249. 질병통합치료비(실속형)
249-1. 질병통합치료비(실속형)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "질병통합치료(검사)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "질병통합치료(검사)(상해포함)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "질병통합치료(수술)" 또는 "질병통합치료(주요치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

5 제1항 내지 제4항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

<실속형>

구분	보장항목	지급방식	지급금액		
			최초의 계약		갱신된 계약
			보험계약 일부터 1년미만	보험계약 일부터 1년이상	
질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
	질병CT검사(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
질병통합치료(검사)(상해포함)	양전자단층촬영(PET)(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
질병통합치료(수술)	질병1종수술	수술1회당	2만 5천원	5만원	5만원
	질병2종수술		5만원	10만원	10만원
	질병3종수술		15만원	30만원	30만원
	질병4종수술		100만원	200만원	200만원
	질병5종수술		150만원	300만원	300만원
질병통합치료(주요치료)	질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
	질병특정시술치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
	질병특정시술치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
	질병특정시술치료(기타시술)(급여)	연간1회한	5천원	1만원	1만원
	질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)	연간1회한	5만원	10만원	10만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	250만원	500만원	500만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액		
			최초의 계약		갱신된 계약
			보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
질병통합치료(주요치료)(상해포함)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	150만원	300만원	300만원
	인공호흡기(12시간초과)치료(급여)	연간1회한	50만원	100만원	100만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	25만원	50만원	50만원
	종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상)	치료1회당	150만원	300만원	300만원

6 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 "보험계약일부터 1년이상"에 해당하는 지급금액으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "질병통합치료(수술)"의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.
다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

2 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 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

4 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

5 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

6 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(기타시술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(기타시술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

7 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

8 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

9 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

10 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "저체온요법치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "저체온요법치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

11 "종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상)"의 경우 마취시간은 "전신마취치료(급여)" 1회당 마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 "전신마취치료(급여)"를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

예 시	종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상) 보험금 지급 예시
① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주)) 20회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 보험금 지급 ② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주)) 15회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 15회 = 285분 → 보험금 미지급 ③ L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주)) 10회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 보험금 미지급 주) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정	

12 수익자와 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 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

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

2 회사는 다음 중 어느 한가지로 "질병통합치료(검사)","질병통합치료(검사)(상해포함)", "질병통합치료(주요치료)" 및 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 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.
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

3 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 "질병통합치료(검사)(상해포함)" 및 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

4 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5 "종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상)"의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 전신마취치료(급여)에 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)

제4조("질병통합치료비"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "질병통합치료비"라 함은 "질병통합치료(검사)", "질병통합치료(검사)(상해포함)", "질병통합치료(수술)", "질병통합치료(주요치료)" 및 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "질병통합치료(검사)"라 함은 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제5조("MRI검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "MRI검사(급여)"를 받은 경우
2. 제6조("CT검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "CT검사(급여)"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "질병통합치료(검사)(상해포함)"라 함은 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제7조("양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "질병통합치료(수술)"라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "1~5종수술III 분류표"(【별표185】 1~5종수술III 분류표)에서 정한 수술을 받은 경우를 말합니다.

5 이 특별약관에서 "질병통합치료(주요치료)"라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치

료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"를 받은 경우
2. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)"를 받은 경우
3. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)"를 받은 경우
4. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(기타시술)(급여)"를 받은 경우
5. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"를 받은 경우
6. 제10조("에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"를 받은 경우

6 이 특별약관에서 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"라 함은 상해 또는 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 제11조("지속적신대체요법(CRRT)(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우
2. 제12조("인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"를 받은 경우
3. 제13조("저체온요법치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "저체온요법치료(급여)"를 받은 경우
4. 종합병원에서 제14조("종합병원 전신마취치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "종합병원 전신마취치료(급여)"를 6시간 이상 받은 경우

제5조("MRI검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "MRI검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-246	자기공명영상진단(MRI)

용 어 풀 이	자기공명영상진단(MRI)
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 제1항의 "MRI검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 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, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 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("CT검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "CT검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리 하에 전산화단층영상진단(CT)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-245	일반 전산화단층영상진단(CT)

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사	

2 제1항의 "CT검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 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 특약의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 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.

제7조("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.

분류번호	의료행위
다-339	양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)

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 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 양전자 단층촬영(PET) 검사가 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 분류번호 및 코드가 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) 제2항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제8조("수술"의 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 【별표185】(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 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	

제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "질병특정시술치료(급여)"라 함은 "질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)", "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)", "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)", "질병특정시술치료(기타시술)(급여)" 및 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"를 총칭합니다.

2 제1항의 "질병특정시술치료(급여)"는 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "질병특정시술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "질병특정시술"이라 함은 【별표201】(질병특정시술치료(급여) 분류표)에서 정한 질병특정시술치료 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

3 제1항의 질병특정시술치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병특정시술치료(급여)가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

4 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어

보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제10조("에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"라 함은 【별표202】(에크모치료(체외순환막형산화요법) 분류표)에서 정한 에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 에크모치료(체외순환막형산화요법)가 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) 제3항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제11조("지속적신대체요법(CRRT)(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"이라 함은 【별표196】(지속적신대체요법(CRRT) 분류표)에서 정한 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 지속적신대체요법(CRRT)(급여)은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 지속적신대체요법(CRRT)(급여)이 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)의 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제12조("인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"라 함은 【별표197】(인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표)에서 정한 인공호흡기(12시간초과)치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 인공호흡기(12시간초과)치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 인공호흡기(12시간초과) 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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제13조("저체온요법치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "저체온요법치료(급여)"라 함은 【별표198】(저체온요법치료 분류표)에서 정한 저체온요법치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 저체온요법치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 저체온요법치료(급여)가 필요하다고 인정된 경우로

서 "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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제14조("종합병원 전신마취치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "종합병원 전신마취치료(급여)"라 함은 의사의 관리하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 【별표199】(전신마취치료 분류표)에서 정한 전신마취치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

2 제1항의 전신마취치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 전신마취치료(급여)가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 제15조("종합병원"의 정의)에서 정한 종합병원에서 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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제15조("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.

제16조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함, 전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 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.	

제17조(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.

제18조(특별약관의 자동갱신)

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.

제19조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

250. 질병통합치료비(기본형)
250-1. 질병통합치료비(기본형)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "질병통합치료(검사)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "질병통합치료(검사)(상해포함)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "질병통합치료(수술)" 또는 "질병통합치료(주요치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

5 제1항 내지 제4항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

<기본형>

구분	보장항목	지급방식	지급금액		
			최초의 계약		갱신된 계약
			보험계약 일부터 1년미만	보험계약 일부터 1년이상	
질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)	연간1회한	5만원	10만원	10만원
	질병CT검사(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
질병통합치료(검사)(상해포함)	양전자단층촬영(PET)(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
질병통합치료(수술)	질병1종수술	수술1회당	5만원	10만원	10만원
	질병2종수술		10만원	20만원	20만원
	질병3종수술		25만원	50만원	50만원
	질병4종수술		150만원	300만원	300만원
	질병5종수술		250만원	500만원	500만원
질병통합치료(주요치료)	질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
	질병특정시술치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
	질병특정시술치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
	질병특정시술치료(기타시술)(급여)	연간1회한	1만원	2만원	2만원
	질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)	연간1회한	5만원	10만원	10만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	375만원	750만원	750만원
질병통합치료(주요치료)(상해포함)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	200만원	400만원	400만원
	인공호흡기(12시간초과)치료(급여)	연간1회한	75만원	150만원	150만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	37만 5천원	75만원	75만원
	종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상)	치료1회당	200만원	400만원	400만원

6 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 "보험계약일부터 1년이상"에 해당하는 지급금액으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "질병통합치료(수술)"의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.
다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

2 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 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배

액,배농)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

4 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

5 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

6 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(기타시술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(기타시술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

7 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

8 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

9 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

10 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "저체온요법치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "저체온요법치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

11 "종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상)"의 경우 마취시간은 "전신마취치료(급여)" 1회당 마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 "전신마취치료(급여)"를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

예 시	종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상) 보험금 지급 예시
	① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주)) 20회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 보험금 지급 ② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주)) 15회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 15회 = 285분 → 보험금 미지급 ③ L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주)) 10회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 보험금 미지급 주) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정

12 수익자와 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 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

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

2 회사는 다음 중 어느 한가지로 "질병통합치료(검사)","질병통합치료(검사)(상해포함)", "질병통합치료(주요치료)" 및 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 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.
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

3 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 "질병통합치료(검사)(상해포함)" 및 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

4 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5 "종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상)"의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 전신마취치료(급여)에 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)

제4조("질병통합치료비"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "질병통합치료비"라 함은 "질병통합치료(검사)", "질병통합치료(검사)(상해포함)", "질병통합치료(수술)", "질병통합치료(주요치료)" 및 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "질병통합치료(검사)"라 함은 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제5조("MRI검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "MRI검사(급여)"를 받은 경우
2. 제6조("CT검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "CT검사(급여)"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "질병통합치료(검사)(상해포함)"라 함은 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제7조("양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "질병통합치료(수술)"라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "1~5종수술III 분류표"(【별표185】 1~5종수술III 분류표)에서 정한 수술을 받은 경우를 말합니다.

5 이 특별약관에서 "질병통합치료(주요치료)"라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"를 받은 경우
2. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)"를 받은 경우
3. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)"를 받은 경우
4. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(기타시술)(급여)"를 받은 경우
5. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"를 받은 경우
6. 제10조("에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"를 받은 경우

6 이 특별약관에서 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"라 함은 상해 또는 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제11조("지속적신대체요법(CRRT)(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우
2. 제12조("인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"를 받은 경우
3. 제13조("저체온요법치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "저체온요법치료(급여)"를 받은 경우
4. 종합병원에서 제14조("종합병원 전신마취치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "종합병원 전신마취치료(급여)"를 6시간 이상 받은 경우

제5조("MRI검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "MRI검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-246	자기공명영상진단(MRI)

용 어 풀 이	자기공명영상진단(MRI)
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 제1항의 "MRI검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급

여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 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, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 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("CT검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "CT검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리 하에 전산화단층영상진단(CT)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-245	일반 전산화단층영상진단(CT)

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사	

2 제1항의 "CT검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 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 특약의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 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.

제7조("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.

분류번호	의료행위
다-339	양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)

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 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 양전자 단층촬영(PET) 검사가 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 분류번호 및 코드가 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) 제2항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제8조("수술"의 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 【별표185】(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 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, 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	

제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "질병특정시술치료(급여)"라 함은 "질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)", "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)", "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)", "질병특정시술치료(기타시술)(급여)" 및 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"를 총칭합니다.

2 제1항의 "질병특정시술치료(급여)"는 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "질병특정시술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "질병특정시술"이라 함은 【별표201】(질병특정시술치료(급여) 분류표)에서 정한 질병특정시술치료 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

3 제1항의 질병특정시술치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병특정시술치료(급여)가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

4 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제10조("에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"라 함은 【별표202】(에크모치료(체외순환막형산화요법) 분류표)에서 정한 에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 에크모치료(체외순환막형산화요법)가 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) 제3항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제11조("지속적신대체요법(CRRT)(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"이라 함은 【별표196】(지속적신대체요법(CRRT) 분류표)에서 정한 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 지속적신대체요법(CRRT)(급여)은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 지속적신대체요법(CRRT)(급여)이 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규

정한 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)의 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제12조("인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"라 함은 【별표197】(인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표)에서 정한 인공호흡기(12시간초과)치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 인공호흡기(12시간초과)치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 인공호흡기(12시간초과) 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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제13조("저체온요법치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "저체온요법치료(급여)"라 함은 【별표198】(저체온요법치료 분류표)에서 정한 저체온요법치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 저체온요법치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 저체온요법치료(급여)가 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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제14조("종합병원 전신마취치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "종합병원 전신마취치료(급여)"라 함은 의사의 관리하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 【별표199】(전신마취치료 분류표)에서 정한 전신마취치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

2 제1항의 전신마취치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 전신마취치료(급여)가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 제15조("종합병원"의 정의)에서 정한 종합병원에서 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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제15조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종

합병원을 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.

제16조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함, 전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 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.

제17조(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.

제18조(특별약관의 자동갱신)

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.

제19조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

251. 질병통합치료비(고급형)
251-1. 질병통합치료비(고급형)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "질병통합치료(검사)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "질병통합치료(검사)(상해포함)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "질병통합치료(수술)" 또는 "질병통합치료(주요치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

5 제1항 내지 제4항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

<고급형>

구분	보장항목	지급방식	지급금액		
			최초의 계약		갱신된 계약
			보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)	연간1회한	5만원	10만원	10만원
	질병CT검사(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
질병통합치료(검사)(상해포함)	양전자단층촬영(PET)(급여)	연간1회한	2만 5천원	5만원	5만원
질병통합치료(수술)	질병1종수술	수술1회당	10만원	20만원	20만원
	질병2종수술		15만원	30만원	30만원
	질병3종수술		50만원	100만원	100만원
	질병4종수술		250만원	500만원	500만원
	질병5종수술		350만원	700만원	700만원
질병통합치료(주요치료)	질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	5만원	10만원	10만원
	질병특정시술치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	5만원	10만원	10만원
	질병특정시술치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	5만원	10만원	10만원
	질병특정시술치료(기타시술)(급여)	연간1회한	1만원	2만원	2만원
	질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)	연간1회한	10만원	20만원	20만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	500만원	1,000만원	1,000만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액		
			최초의 계약		갱신된 계약
			보험계약 일부터 1년미만	보험계약 일부터 1년이상	
질병통합치료(주요치료)(상해포함)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	250만원	500만원	500만원
	인공호흡기(12시간초과)치료(급여)	연간1회한	100만원	200만원	200만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	50만원	100만원	100만원
	종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상)	치료1회당	250만원	500만원	500만원

6 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 "보험계약일부터 1년이상"에 해당하는 지급금액으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "질병통합치료(수술)"의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.
다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

2 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 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

4 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

5 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

6 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(기타시술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(기타시술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

7 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

8 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

9 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

10 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "저체온요법치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "저체온요법치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

11 "종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상)"의 경우 마취시간은 "전신마취치료(급여)" 1회당 마취시간을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 "전신마취치료(급여)"를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

예 시	종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상) 보험금 지급 예시
	① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주)) 20회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 보험금 지급 ② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주)) 15회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 15회 = 285분 → 보험금 미지급 ③ L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주)) 10회의 경우 : 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 보험금 미지급 주) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정

12 수익자와 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 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

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

2 회사는 다음 중 어느 한가지로 "질병통합치료(검사)","질병통합치료(검사)(상해포함)", "질병통합치료(주요치료)" 및 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 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.
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

3 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 "질병통합치료(검사)(상해포함)" 및 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

4 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5 "종합병원 전신마취치료(급여)(6시간이상)"의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 전신마취치료(급여)에 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)

제4조("질병통합치료비"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "질병통합치료비"라 함은 "질병통합치료(검사)", "질병통합치료(검사)(상해포함)", "질병통합치료(수술)", "질병통합치료(주요치료)" 및 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "질병통합치료(검사)"라 함은 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제5조("MRI검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "MRI검사(급여)"를 받은 경우
2. 제6조("CT검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "CT검사(급여)"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "질병통합치료(검사)(상해포함)"라 함은 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제7조("양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "질병통합치료(수술)"라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "1~5종수술III 분류표"(【별표185】 1~5종수술III 분류표)에서 정한 수술을 받은 경우를 말합니다.

5 이 특별약관에서 "질병통합치료(주요치료)"라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치

료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"를 받은 경우
2. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)"를 받은 경우
3. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)"를 받은 경우
4. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(기타시술)(급여)"를 받은 경우
5. 제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"를 받은 경우
6. 제10조("에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"를 받은 경우

6 이 특별약관에서 "질병통합치료(주요치료)(상해포함)"라 함은 상해 또는 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 제11조("지속적신대체요법(CRRT)(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우
2. 제12조("인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"를 받은 경우
3. 제13조("저체온요법치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "저체온요법치료(급여)"를 받은 경우
4. 종합병원에서 제14조("종합병원 전신마취치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "종합병원 전신마취치료(급여)"를 6시간 이상 받은 경우

제5조("MRI검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "MRI검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-246	자기공명영상진단(MRI)

용 어 풀 이	자기공명영상진단(MRI)
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 제1항의 "MRI검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 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, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 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("CT검사(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "CT검사(급여)"라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리 하에 전산화단층영상진단(CT)을 촬영하는 의료행위를 말하며, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류항목 중 아래에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	의료행위
다-245	일반 전산화단층영상진단(CT)

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사	

2 제1항의 "CT검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 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 특약의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 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.

제7조("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.

분류번호	의료행위
다-339	양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)

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 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 양전자 단층촬영(PET) 검사가 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 분류번호 및 코드가 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) 제2항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제8조("수술"의 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 【별표185】(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 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

제9조("질병특정시술치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "질병특정시술치료(급여)"라 함은 "질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)", "질병특정시술치료(신경차단술)(급여)", "질병특정시술치료(도수정복술)(급여)", "질병특정시술치료(기타시술)(급여)" 및 "질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)"를 총칭합니다.

2 제1항의 "질병특정시술치료(급여)"는 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "질병특정시술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "질병특정시술"이라 함은 【별표201】(질병특정시술치료(급여) 분류표)에서 정한 질병특정시술치료 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

3 제1항의 질병특정시술치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병특정시술치료(급여)가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

4 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어

보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제10조("에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"라 함은 【별표202】(에크모치료(체외순환막형산화요법) 분류표)에서 정한 에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 에크모치료(체외순환막형산화요법)가 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) 제3항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제11조("지속적신대체요법(CRRT)(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"이라 함은 【별표196】(지속적신대체요법(CRRT)분류표)에서 정한 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 지속적신대체요법(CRRT)(급여)은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 지속적신대체요법(CRRT)(급여)이 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)의 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제12조("인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"라 함은 【별표197】(인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표)에서 정한 인공호흡기(12시간초과)치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 인공호흡기(12시간초과)치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 인공호흡기(12시간초과) 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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제13조("저체온요법치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "저체온요법치료(급여)"라 함은 【별표198】(저체온요법치료 분류표)에서 정한 저체온요법치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 저체온요법치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 저체온요법치료(급여)가 필요하다고 인정된 경우로

서 "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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제14조("종합병원 전신마취치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "종합병원 전신마취치료(급여)"라 함은 의사의 관리하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 【별표199】(전신마취치료 분류표)에서 정한 전신마취치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

2 제1항의 전신마취치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 전신마취치료(급여)가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 제15조("종합병원"의 정의)에서 정한 종합병원에서 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) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제15조("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.

제16조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함, 전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 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.	

제17조(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.

제18조(특별약관의 자동갱신)

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.

제19조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

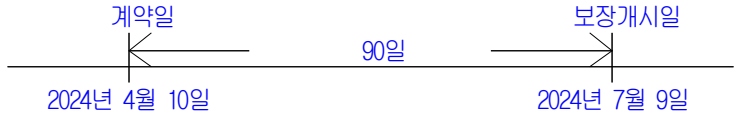
252. 암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)
252-1. 암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

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 "상급종합병원"에서 "암주요치료Ⅳ"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암 주요치료 생활비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

4 제2항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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.

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표22】(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(【별표10】 참조)을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니

다.

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("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

제10조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

253. 유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)
253-1. 유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【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 "상급종합병원"에서 "암주요치료Ⅳ"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암 주요치료 생활비로 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("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【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표24】(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(【별표10】 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("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	

제10조(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.

제11조(특별약관의 자동갱신)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

254. 단계별 만성신부전증진단비
254-1. 단계별 만성신부전증진단비【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 초기이상 만성신부전증진단비 보장
- 중기이상 만성신부전증진단비 보장
- 말기 만성신부전증진단비 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "단계별 만성신부전증"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 단계별 만성신부전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
단계별 만성신부전증진단비	초기이상 만성신부전증진단비	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	중기이상 만성신부전증진단비	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	말기 만성신부전증진단비	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%

예 시	단계별 만성신부전증진단비 지급금액 예시

• **보험가입금액**
- 초기이상 만성신부전증진단비 보장 : 100만원
- 중기이상 만성신부전증진단비 보장 : 500만원
- 말기 만성신부전증진단비 보장 : 1,000만원

[예시1]

• 보험계약일로부터 1년 경과 후 "초기이상 만성신부전증"으로 진단확정된 경우
→ 100만원 지급
이후 "중기이상 만성신부전증"으로 진단확정된 경우
→ 500만원 지급
이후 "말기 만성신부전증"으로 진단확정된 경우
→ 1,000만원 지급

[예시2]

• 보험계약일로부터 1년 경과 후 다른 진단 없이 "중기이상 만성신부전증"으로 진단확정된 경우
→ 600만원 지급
("초기이상 만성신부전증" 100만원
+ "중기이상 만성신부전증" 500만원)
이후 "말기 만성신부전증"으로 진단확정된 경우
→ 1,000만원 지급

[예시3]

• 보험계약일로부터 1년 경과 후 다른 진단 없이 "말기 만성신부전증"으로 진단확정된 경우
→ 1,600만원 지급
("초기이상 만성신부전증" 100만원
+ "중기이상 만성신부전증" 500만원
+ "말기 만성신부전증" 1,000만원)

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 각 해당 보장의 보험가입금액으로 합니다.

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("단계별 만성신부전증"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "단계별 만성신부전증"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("단계별 만성신부전증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "단계별 만성신부전증"이라 함은 "초기이상 만성신부전증", "중기이상 만성신부전증" 및 "말기 만성신부전증"을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "만성신부전증"이라 함은 신장손상의 증거(지속되는 단백뇨, 혈뇨, 조직검사의 이상, 영상검사의 이상 등)가 있거나 지속적으로 신장기능이 저하된 상태로서, 만성 콩팥병(제9차 한국표준질병·사인분류 N18)에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관의 "초기이상 만성신부전증"이라 함은 제2항에서 정한 "만성신부전증"으로 진단되고, 사구체여과율(eGFR) 수치가 반복적인 검사 결과 45mL/min/1.73㎡ 미만인 상태로 90일 이상 지속되는 경우를 말합니다.

4 이 특별약관의 "중기이상 만성신부전증"이라 함은 제2항에서 정한 "만성신부전증"으로 진단되고, 사구체여과율(eGFR) 수치가 반복적인 검사 결과 30mL/min/1.73㎡ 미만인 상태로 90일 이상 지속되는 경우를 말합니다.

5 이 특별약관의 "말기 만성신부전증"이라 함은 제2항에서 정한 "만성신부전증" 중으로 진단되고, 사구체여과율(eGFR) 수치가 반복적인 검사 결과 15mL/min/1.73㎡

6 "단계별 만성신부전증"의 진단확정은 신장 초음파 검사에서 신장의 크기 및 요로 폐쇄 징후, 혈액검사 등을 종합적으로 판단하여 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 "단계별 만성신부전증"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(사구체여과율(eGFR)을 포함한 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 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.	

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 단계별 만성신부전증진단비를 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 단계별 만성신부전증진단비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 단계별 만성신부전증진단비에 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

255. 3대(간,폐,신장)질환 주요치료비
255-1. 3대(간,폐,신장)질환 주요치료비【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "3대(간,폐,신장)질환"으로 진단확정되고 그 "3대(간,폐,신장)질환"의 치료를 직접적인 목적으로 "3대(간,폐,신장)질환 주요치료"를 받은 경우에는 치료구분별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 3대(간,폐,신장)질환 주요치료비로 지급합니다.

치 료 구 분	지급방식	지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
수술	수술1회당	이 특별약관의 보험가입금액 10%	이 특별약관의 보험가입금액 20%	이 특별약관의 보험가입금액 20%
혈액투석치료(급여)	연간1회한			
복막투석치료(급여)	연간1회한			
에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%
지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	이 특별약관의 보험가입금액 20%	이 특별약관의 보험가입금액 40%	이 특별약관의 보험가입금액 40%
중환자실치료	연간1회한			

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 제1항의 "갱신된 계약"의 지급금액을 따릅니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

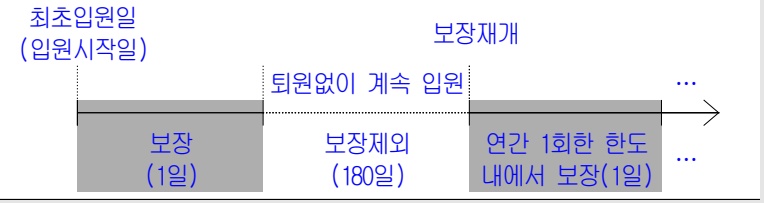
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "중환자실치료"의 보험금 지급기준일은 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "중환자실치료"는 "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "3대(간,폐,신장)질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "3대(간,폐,신장)질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "3대(간,폐,신장)질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "3대(간,폐,신장)질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "3대(간,폐,신장)질환"으로 진단된 경우에는 이는 "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 피보험자가 동일한 "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "3대(간,폐,신장)질환"에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가 다른 병원 또는 의원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "3대(간,폐,신장)질환"의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

예 시 1	중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



예 시 2	동일한 "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장 여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5.~ 2027.3.30	중환자실입원(1차)	지급	
2027.12.1~ 2027.12.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2028.3.15~ 2028.3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

5 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

8 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 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "중환자실치료" 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

3 회사는 아래의 의료비로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "중환자실치료" 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

4 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조("3대(간,폐,신장)질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "3대(간,폐,신장)질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표204】(3대(간,폐,신장)질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "3대(간,폐,신장)질환"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 "3대(간,폐,신장)질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("3대(간,폐,신장)질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 "3대(간,폐,신장)질환 주요치료"라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈액투석치료(급여)"를 받은 경우
3. "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "복막투석치료(급여)"를 받은 경우
4. "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"를 받은 경우
5. "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우
6. "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

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 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.

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("혈액투석치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "혈액투석치료(급여)"라 함은 【별표205】(혈액투석치료 분류표)에서 정한 혈액투석치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 혈액투석치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 혈액투석치료(급여)가 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.

제8조("복막투석치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "복막투석치료(급여)"라 함은 【별표206】(복막투석치료 분류표)에서 정한 복막투석치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 복막투석치료(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 복막투석치료(급여)가 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.

제9조("에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"라 함은 【별표202】(에크모치료(체외순환막형산화요법) 분류표)에서 정한 에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 제1항의 에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의

사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 에크모치료(체외순환막형산화요법)가 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.

제10조("지속적신대체요법(CRRT)(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"이라 함은 【별표196】(지속적신대체요법(CRRT) 분류표)에서 정한 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 걸쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 지속적신대체요법(CRRT)(급여)은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 지속적신대체요법(CRRT)(급여)이 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.

제11조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "3대(간,폐,신장)질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 "3대(간,폐,신장)질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.

제12조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 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.

제13조(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.

제14조(특별약관의 자동갱신)

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.

제15조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

256. 단계별 만성간질환진단비
256-1. 단계별 만성간질환진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 초기이상 만성간질환진단비 보장
- 중기이상 만성간질환진단비 보장
- 말기 만성간질환진단비 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "단계별 만성간질환"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 단계별 만성간질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
단계별 만성간질환 진단비	초기이상 만성간질환 진단비	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	중기이상 만성간질환 진단비	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	말기 만성간질환 진단비	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%

예 시	단계별 만성간질환진단비 지급금액 예시

• **보험가입금액**
- 초기이상 만성간질환진단비 보장 : 100만원
- 중기이상 만성간질환진단비 보장 : 500만원
- 말기 만성간질환진단비 보장 : 1,000만원

[예시1]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 "초기이상 만성간질환"으로 진단확정된 경우
→ 100만원 지급
이후 "중기이상 만성간질환"으로 진단확정된 경우
→ 500만원 지급
이후 "말기 만성간질환"으로 진단확정된 경우
→ 1,000만원 지급

[예시2]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 다른 진단 없이 "중기이상 만성간질환"으로 진단확정된 경우
→ 600만원 지급
("초기이상 만성간질환" 100만원 + "중기이상 만성간질환" 500만원)
이후 "말기 만성간질환"으로 진단확정된 경우
→ 1,000만원 지급

[예시3]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 다른 진단 없이 "말기 만성간질환"으로 진단확정된 경우
→ 1,600만원 지급
("초기이상 만성간질환" 100만원 + "중기이상 만성간질환" 500만원
+ "말기 만성간질환" 1,000만원)

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 각 해당 보장의 보험가입금액으로 합니다.

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("단계별 만성간질환"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "단계별 만성간질환"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("단계별 만성간질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "단계별 만성간질환"이라 함은 "초기이상 만성간질환", "중기이상 만성간질환" 및 "말기 만성간질환"을 말합니다.
2 제1항의 "초기이상 만성간질환"이라 함은 "간경변증"으로 진단되고, 잔여 간기능이 Child-Pugh 분류법에 따른 평가상 B등급 또는 C등급인 경우를 말합니다.
3 제1항의 "중기이상 만성간질환"이라 함은 "간경변증"으로 진단되고, 잔여 간기능이 Child-Pugh 분류법에 따른 평가상 C등급인 경우를 말합니다.
4 제1항의 "말기 만성간질환"이라 함은 "간경변증"으로 진단되고, 잔여 간기능이 Child-Pugh 분류법에 따른 평가상 C등급이면서, MELD Score가 21점 이상을 만족하는 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	Child-Pugh 분류법

Child-Pugh 분류법은 간경변증 환자의 간 기능 예후를 평가하는 임상 점수 체계로 각 구분별 합산점수가 5~6점은 A등급, 7~9점은 B등급, 10점 이상은 C등급으로 분류합니다.

구분	1점	2점	3점
혈청 빌리루빈(mg/dL)	< 2.0	2.0 ~ 3.0	> 3.0
혈청 알부민(g/dL)	> 3.5	2.8 ~ 3.5	< 2.8
복수	없음	쉽게 조절됨	조절이 용이하지 않음
간성뇌증	없음	1도 ~ 2도	3도 ~ 4도
프로트롬빈 시간연장(초) /INR	< 4 / < 1.7	4 ~ 6 / 1.7 ~ 2.3	> 6 / > 2.3

용 어 풀 이	MELD Score

MELD Score는 말기 만성간질환 환자의 단기 생존율(3개월 이내)을 평가하여 간이식수술의 우선대상자를 선별하기 위해 사용하는 표준화된 척도입니다.

주) $$MELD\ Score = 9.57 \times \log_e(Creatinine\,[mg/dL]) + 3.78 \times \log_e(Bilirubin\,[mg/dL]) + 11.2 \times \log_e(INR) + 6.43$$

5 제2항 내지 제4항의 "간경변증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표207】(간경변증 분류표)에서 정한 질병으로, 만성적인 염증으로 인해 정상적인 간 조직이 재생결절(regenerative nodules : 작은 덩어리가 만들어지는 현상) 등의 섬유화 조직으로 바뀌어 간의 기능이 저하되는 경우를 말합니다.

6 "단계별 만성간질환"의 진단확정은 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사 등을 종합적으로 판단하여 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 "단계별 만성간질환"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(Child-Pugh 분류법 및 MELD Score의 평가결과가 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 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.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 단계별 만성간질환진단비를 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 단계별 만성간질환진단비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 단계별 만성간질환진단비에 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

257. 단계별 만성특정폐질환진단비
257-1. 단계별 만성특정폐질환진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 초기이상 만성특정폐질환진단비 보장
- 중기이상 만성특정폐질환진단비 보장
- 말기 만성특정폐질환진단비 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "단계별 만성특정폐질환"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 단계별 만성특정폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액		
		최초의 계약		갱신된 계약
		보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
단계별 만성특정폐 질환진단비	초기이상 만성특정폐 질환진단비	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	중기이상 만성특정폐 질환진단비	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%
	말기 만성특정폐 질환진단비	해당 보장의 보험가입금액 50%	해당 보장의 보험가입금액 100%	해당 보장의 보험가입금액 100%

예 시	단계별 만성특정폐질환진단비 지급금액 예시

• 보험가입금액
- 초기이상 만성특정폐질환진단비 보장 : 100만원
- 중기이상 만성특정폐질환진단비 보장 : 500만원
- 말기 만성특정폐질환진단비 보장 : 1,000만원

[예시1]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 "초기이상 만성특정폐질환"으로 진단확정된 경우
→ 100만원 지급
이후 "중기이상 만성특정폐질환"으로 진단확정된 경우
→ 500만원 지급
이후 "말기 만성특정폐질환"으로 진단확정된 경우
→ 1,000만원 지급

[예시2]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 다른 진단 없이 "중기이상 만성특정폐질환"으로 진단확정된 경우
→ 600만원 지급
("초기이상 만성특정폐질환" 100만원
+ "중기이상 만성특정폐질환" 500만원)
이후 "말기 만성특정폐질환"으로 진단확정된 경우
→ 1,000만원 지급

[예시3]
• 보험계약일로부터 1년 경과 후 다른 진단 없이 "말기 만성특정폐질환"으로 진단확정된 경우
→ 1,600만원 지급
("초기이상 만성특정폐질환" 100만원
+ "중기이상 만성특정폐질환" 500만원
+ "말기 만성특정폐질환" 1,000만원)

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 각 해당 보장의 보험가입금액으로 합니다.

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("단계별 만성특정폐질환"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "단계별 만성특정폐질환"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("단계별 만성특정폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "단계별 만성특정폐질환"이라 함은 "만성특정폐질환"으로 인해 폐장이 비가역적인 기능부전을 보여서 그 결과 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있는 상태로서 "초기이상 만성특정폐질환", "중기이상 만성특정폐질환" 및 "말기 만성특정폐질환"을 말합니다.

2 제1항의 "초기이상 만성특정폐질환"이라 함은 "만성특정폐질환"으로 진단되고, 다음의 한 가지 기준이상에 해당되는 경우를 말합니다.

1. 표준화된 폐기능검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1)이 지속적으로 정상예측치의 50% 이하
2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO2)이 70mmHg 이하

3 제1항의 "중기이상 만성특정폐질환"이라 함은 "만성특정폐질환"으로 진단되고, 다음의 한 가지 기준이상에 해당되는 경우를 말합니다.

1. 표준화된 폐기능검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1)이 지속적으로 정상예측치의 40% 이하
2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO2)이 65mmHg 이하

4 제1항의 "말기 만성특정폐질환"이라 함은 "만성특정폐질환"으로 진단되고, 다음의 한 가지 기준이상에 해당되는 경우를 말합니다.

1. 표준화된 폐기능검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1)이 지속적으로 정상예측치의 30% 이하
2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60mmHg 이하

5 제2항 내지 제4항의 폐기능검사와 동맥혈 가스분석검사(ABGA)의 결과는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사결과에 근거하여야 합니다.

6 제2항 내지 제4항의 "만성특정폐질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표203】(만성특정폐질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

7 "단계별 만성특정폐질환"의 진단확정은 정기적인 폐기능검사, 흉부X선 검사, 동맥혈 가스분석검사(ABGA) 등을 종합적으로 판단하여 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 "단계별 만성특정폐질환"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(폐기능검사 또는 동맥혈 가스분석검사(ABGA)의 결과가 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 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.	

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 단계별 만성특정폐질환진단비를 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 단계별 만성특정폐질환진단비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 단계별 만성특정폐질환진단비에 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

258. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음)
258-1. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "신특정순환계질환 통합치료(검사)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 또는 "신특정순환계질환 통합치료(약물치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 입원중에 "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)"라 합니다)

4 제3항에도 불구하고 "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)" 보험금은 "입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)" 횟수와 "통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 20회를 한도로 합니다.

< 보험가입금액 1천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
신특정순환계질환 통합치료(검사)	자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	5만원
	전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
신특정순환계질환 통합치료(주요치료)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	200만원
	인공호흡기(12시간 초과)치료(급여)	연간1회한	100만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	500만원
	수술(혈전제거술 제외)	수술1회당	200만원
	혈전제거술	수술1회당	200만원
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	500만원
	허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	500만원
	종합병원 중환자실치료	연간1회한	100만원
신특정순환계질환 통합치료(재활치료)	입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)	연간 20회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)		
신특정순환계질환 통합치료(약물치료)	항응고제주사치료(급여)	연간1회한	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간1회한	50만원

< 보험가입금액 3천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
신특정순환계질환 통합치료(검사)	자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	5만원
	전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
신특정순환계질환 통합치료(주요치료)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	200만원
	인공호흡기(12시간 초과)치료(급여)	연간1회한	100만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	1,000만원
	수술(혈전제거술 제외)	수술1회당	700만원
	혈전제거술	수술1회당	700만원
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	700만원
	허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	700만원
	종합병원 중환자실치료	연간1회한	350만원
신특정순환계질환 통합치료(재활치료)	입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)	연간 20회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)		
신특정순환계질환 통합치료(약물치료)	항응고제주사치료(급여)	연간1회한	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간1회한	50만원

< 보험가입금액 5천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
신특정순환계질환 통합치료(검사)	자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	5만원
	전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
신특정순환계질환 통합치료(주요치료)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	200만원
	인공호흡기(12시간 초과)치료(급여)	연간1회한	100만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	1,000만원
	수술(혈전제거술 제외)	수술1회당	1,000만원
	혈전제거술	수술1회당	1,000만원
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	1,000만원
	허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	1,000만원
	종합병원 중환자실치료	연간1회한	500만원
신특정순환계질환 통합치료(재활치료)	입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)	연간 20회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)		
신특정순환계질환 통합치료(약물치료)	항응고제주사치료(급여)	연간1회한	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간1회한	50만원

< 보험가입금액 8천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
신특정순환계질환 통합치료(검사)	자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
신특정순환계질환 통합치료(주요치료)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	300만원
	인공호흡기(12시간 초과)치료(급여)	연간1회한	150만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	1,500만원
	수술(혈전제거술 제외)	수술1회당	1,500만원
	혈전제거술	수술1회당	1,500만원
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	1,500만원
	허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	1,500만원
	종합병원 중환자실치료	연간1회한	750만원
신특정순환계질환 통합치료(재활치료)	입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)	연간 20회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)		
신특정순환계질환 통합치료(약물치료)	항응고제주사치료(급여)	연간1회한	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간1회한	100만원

< 보험가입금액 1억원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
신특정순환계질환 통합치료(검사)	자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
신특정순환계질환 통합치료(주요치료)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	500만원
	인공호흡기(12시간 초과)치료(급여)	연간1회한	200만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	2,000만원
	수술(혈전제거술 제외)	수술1회당	2,000만원
	혈전제거술	수술1회당	2,000만원
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	2,000만원
	허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	2,000만원
	종합병원 중환자실치료	연간1회한	1,000만원
신특정순환계질환 통합치료(재활치료)	입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)	연간 20회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)		
신특정순환계질환 통합치료(약물치료)	항응고제주사치료(급여)	연간1회한	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간1회한	100만원

5 제1항 내지 제4항의 신특정순환계질환 통합치료 보험금의 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

6 제1항 내지 제5항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

2 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

3 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "저체온요법치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "저체온요법치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

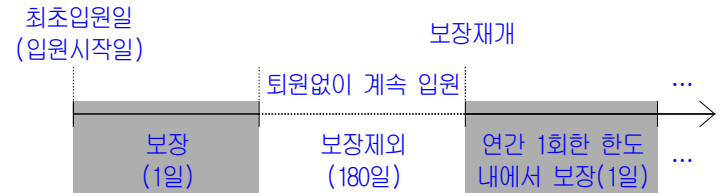
4 "종합병원 중환자실치료"의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

5 "종합병원 중환자실치료"는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "신특정순환계질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "신특정순환계질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "신특정순환계질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "신특정순환계질환"으로 진단된 경우에는 이는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

6 피보험자가 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 종합병원 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "신특정순환계질환"에 대한 입원이라도 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

7 피보험자가 다른 종합병원의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

예 시 1 — 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



예 시 2 — 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장 여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5.~ 2027.3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1~ 2027.12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2028.3.15~ 2028.3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

8 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

9 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

10 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 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.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제15조(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 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 중 "종합병원 중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

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 총 지급액 한도는 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 알린 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 제3조(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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 "신특정순환계질환 통합치료(검사)","신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 및 "신특정순환계질환 통합치료(약물치료)"의 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 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 중 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 "신특정순환계질환 통합치료(주

요치료)" 중 "종합병원 중환자실치료" 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

4 회사는 아래의 의료비로 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 중 "종합병원 중환자실치료" 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

5 "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)"의 경우 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)

제4조("신특정순환계질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표182】(신특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표184】(허혈성심장질환 및 기타순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

4 "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.

5 "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 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

6 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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), 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

7 제4항 내지 제6항에도 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", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("신특정순환계질환 통합치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 통합치료"라 함은 "신특정순환계질환 통합치료(검사)", "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)", "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)" 및 "신특정순환계질환 통합치료(약물치료)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "신특정순환계질환 통합치료(검사)"라 함은 "신특정순환계질환"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제1항에서 정한 "자기공명영상(MRI)검사(급여)"를 받은 경우
2. 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제2항에서 정한 "전산화단층영상(CT)검사(급여)"를 받은 경우
3. 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제3항에서 정한 "양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)"라 함은 "신특정순환계

질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제4항에서 정한 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우
2. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제5항에서 정한 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"를 받은 경우
3. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제6항에서 정한 "저체온요법치료(급여)"를 받은 경우
4. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제7항에서 정한 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"를 받은 경우
5. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우
6. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제8조("혈전제거술"의 정의)에서 정한 "혈전제거술"을 받은 경우
7. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조("혈전용해치료"의 정의)에서 정한 "혈전용해치료"를 받은 경우
8. "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조("혈전용해치료"의 정의)에서 정한 "혈전용해치료"를 받은 경우
9. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제10조("종합병원 중환자실치료"의 정의)에서 정한 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우

4 이 특별약관에서 "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)"라 함은 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 제13조("신특정순환계질환 재활치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "신특정순환계질환 재활치료(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

5 이 특별약관에서 "신특정순환계질환 통합치료(약물치료)"라 함은 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제14조("항응고제주사치료(급여)" 및 "항혈소판제주사치료(급여)"의 정의)에서 정한 "항응고제주사치료(급여)"를 받은 경우
2. 제14조("항응고제주사치료(급여)" 및 "항혈소판제주사치료(급여)"의 정의)에서 정한 "항혈소판제주사치료(급여)"를 받은 경우

제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "자기공명영상(MRI)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 자기공명영상진단(MRI) "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	자기공명영상진단(MRI)검사
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 이 특별약관에 있어서 "전산화단층영상(CT)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 전산화단층영상진단 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)검사
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법	

3 이 특별약관에 있어서 "양전자방출단층촬영(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(PET)검사
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법	

4 이 특별약관에 있어서 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"라 함은 【별표196】(지속적신대체요법(CRRT) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

5 이 특별약관에서 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"라 함은 【별표197】(인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

6 이 특별약관에서 "저체온요법치료(급여)"라 함은 【별표198】(저체온요법치료 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"라 함은 【별표

202】(에크모치료(체외순환막형산화요법) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

8 제1항 내지 제7항의 "자기공명영상(MRI)검사(급여)", "전산화단층영상(CT)검사(급여)", "양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)", "지속적신대체요법(CRRT)(급여)", "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)", "저체온요법치료(급여)" 및 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"는 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

9 제1항 내지 제8항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항 내지 제7항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

10 제1항 내지 제8항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제7조(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 "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	

제8조("혈전제거술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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.

제10조("종합병원 중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "종합병원 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 종합병원이라 함은 제11조("종합병원"의 정의)에서 정한 종합병원을 말합

니다.

3 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.

제11조("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.

제12조(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) 제3항에서 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) 제3항에서 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.

제13조("신특정순환계질환 재활치료(급여)"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 재활치료(급여)"라 함은 "입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)" 및 "통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)"를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 재활치료(급여)"라 함은 "신특정순환계질환" 자체 또는 "신특정순환계질환" 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.

3 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제14조("항응고제주사치료(급여)" 및 "항혈소판제주사치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "항응고제주사치료(급여)"라 함은 의사에 의하여 "항응고주사제"의 투여가 필요하다고 인정된 경우로서 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "항응고주사제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하는 치료법을 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 "항응고주사제"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에서 정한 분류번호가 "333(혈액응고저지제)"에 해당하는 약제 중

주사로 투여하는 약제를 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "항혈소판제주사치료(급여)"라 함은 의사에 의하여 "항혈소판주사제"의 투여가 필요하다고 인정된 경우로서 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "항혈소판주사제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하는 치료법을 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

4 제3항의 "항혈소판주사제"라 함은 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code) 분류에 있어 【별표208】(항혈소판제 분류표)에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에 해당하며 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

5 제2항의 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에 따라 분류됩니다.

6 제1항 내지 제5항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"의 개정에 따라 대상 약제가 제외 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "항응고주사제" 또는 "항혈소판주사제"에 준하여 각각의 약물을 결정합니다.

7 제1항 내지 제6항에도 불구하고, "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

8 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 "혈전용해제"는 제1항의 "항응고제주사치료(급여)" 및 제3항의 "항혈소판제주사치료(급여)"에서 제외됩니다.

제15조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 치료확인서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   (단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI), 질병분류번호를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
   가. "신특정순환계질환 통합치료(검사)"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), "MRI·PET·CT검사" 목적이 기재된 의사소견서 등 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류 등을 포함하여 제출하여야 합니다.
   나. "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)"의 경우 진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재)를 포함하여 제출하여야 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.	

제16조(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.

제17조(특별약관의 자동갱신)

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.

제18조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

259. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음)

259-1. 신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "상급종합병원" 또는 "권역심뇌혈관질환센터"에서 "신특정순환계질환 통합치료(검사)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 "상급종합병원" 또는 "권역심뇌혈관질환센터"에서 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 또는 "신특정순환계질환 통합치료(약물치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 "상급종합병원" 또는 "권역심뇌혈관질환센터"에 입원중에 "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 "상급종합병원" 또는 "권역심뇌혈관질환센터"에 통원하여 "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)"라 합니다)

4 제3항에도 불구하고 "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)" 보험금은 "입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)" 횟수와 "통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 20회를 한도로 합니다.

< 보험가입금액 1천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
신특정순환계질환 통합치료(검사)	자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	5만원
	전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
신특정순환계질환 통합치료(주요치료)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	200만원
	인공호흡기(12시간 초과)치료(급여)	연간1회한	100만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	500만원
	수술(혈전제거술 제외)	수술1회당	200만원
	혈전제거술	수술1회당	200만원
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	500만원
	허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	500만원
	중환자실치료	연간1회한	100만원
신특정순환계질환 통합치료(재활치료)	입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)	연간 20회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)		
신특정순환계질환 통합치료(약물치료)	항응고제주사치료(급여)	연간1회한	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간1회한	50만원

< 보험가입금액 3천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
신특정순환계질환 통합치료(검사)	자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	5만원
	전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
신특정순환계질환 통합치료(주요치료)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	200만원
	인공호흡기(12시간 초과)치료(급여)	연간1회한	100만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	1,000만원
	수술(혈전제거술 제외)	수술1회당	700만원
	혈전제거술	수술1회당	700만원
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	700만원
	허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	700만원
	중환자실치료	연간1회한	350만원
신특정순환계질환 통합치료(재활치료)	입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)	연간 20회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)		
신특정순환계질환 통합치료(약물치료)	항응고제주사치료(급여)	연간1회한	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간1회한	50만원

< 보험가입금액 5천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
신특정순환계질환 통합치료(검사)	자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	5만원
	전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
신특정순환계질환 통합치료(주요치료)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	200만원
	인공호흡기(12시간 초과)치료(급여)	연간1회한	100만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	1,000만원
	수술(혈전제거술 제외)	수술1회당	1,000만원
	혈전제거술	수술1회당	1,000만원
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	1,000만원
	허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	1,000만원
	중환자실치료	연간1회한	500만원
신특정순환계질환 통합치료(재활치료)	입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)	연간 20회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)		
신특정순환계질환 통합치료(약물치료)	항응고제주사치료(급여)	연간1회한	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간1회한	50만원

< 보험가입금액 8천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
신특정순환계질환 통합치료(검사)	자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
신특정순환계질환 통합치료(주요치료)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	300만원
	인공호흡기(12시간 초과)치료(급여)	연간1회한	150만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	1,500만원
	수술(혈전제거술 제외)	수술1회당	1,500만원
	혈전제거술	수술1회당	1,500만원
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	1,500만원
	허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	1,500만원
	중환자실치료	연간1회한	750만원
신특정순환계질환 통합치료(재활치료)	입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)	연간 20회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)		
신특정순환계질환 통합치료(약물치료)	항응고제주사치료(급여)	연간1회한	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간1회한	100만원

< 보험가입금액 1억원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
신특정순환계질환 통합치료(검사)	자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
신특정순환계질환 통합치료(주요치료)	지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	500만원
	인공호흡기(12시간초과)치료(급여)	연간1회한	200만원
	저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)	연간1회한	2,000만원
	수술(혈전제거술 제외)	수술1회당	2,000만원
	혈전제거술	수술1회당	2,000만원
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한	2,000만원
	허혈성심장질환 및 기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한	2,000만원
	중환자실치료	연간1회한	1,000만원
신특정순환계질환 통합치료(재활치료)	입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)	연간 20회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)		
신특정순환계질환 통합치료(약물치료)	항응고제주사치료(급여)	연간1회한	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간1회한	100만원

5 제1항 내지 제4항의 신특정순환계질환 통합치료 보험금의 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

6 제1항 내지 제5항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

2 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 보험금만 지급합니다.

3 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "저체온요법치료(급여)"를 받은 경우에도 보장항목 중 "저체온요법치료(급여)"에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회만 지급합니다.

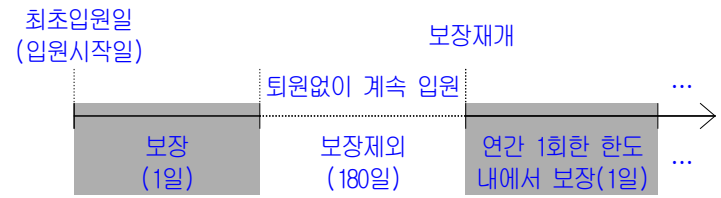
4 "중환자실치료"의 보험금 지급기준일은 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

5 "중환자실치료"는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다. 또한 "신특정순환계질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "신특정순환계질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "신특정순환계질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "신특정순환계질환"으로 진단된 경우에는 이는 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

6 피보험자가 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터의 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 "신특정순환계질환"에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

7 피보험자가 다른 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터의 중환자실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

예 시 1	중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



예 시 2	동일한 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장 여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5.~ 2027.3.30	상급종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1~ 2027.12.15	상급종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2028.3.15~ 2028.3.30	상급종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

8 피보험자가 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

9 피보험자가 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에 해당하게 된 경우 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

10 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 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.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 진단확정되고 그 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제16조(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 "상급종합병원" 또는 "권역심뇌혈관질환센터"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 중 "중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

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 총 지급액 한도는 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 알린 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 "신특정순환계질환 통합치료(검사)","신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 및 "신특정순환계질환 통합치료(약물치료)"의 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 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 중 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 중 "중환자실치료" 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

4 회사는 아래의 의료비로 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)" 중 "중환자실치료" 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

5 "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)"의 경우 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)

제4조("신특정순환계질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표182】(신특정순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표48】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표184】(허혈성심장질환 및 기타순환계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

4 "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, 신

경학적 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.

5 "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 "뇌혈관질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

6 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"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), 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

7 제4항 내지 제6항에도 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", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("신특정순환계질환 통합치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 통합치료"라 함은 "신특정순환계질환 통합치료(검사)", "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)", "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)" 및 "신특정순환계질환 통합치료(약물치료)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "신특정순환계질환 통합치료(검사)"라 함은 "신특정순환계질환"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제1항에서 정한 "자기공명영상(MRI)검사(급여)"를 받은 경우
2. 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제2항에서 정한 "전산화단층영상(CT)검사(급여)"를 받은 경우
3. 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제3항에서 정한 "양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "신특정순환계질환 통합치료(주요치료)"라 함은 "신특정순환계질환", "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제4항에서 정한 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"를 받은 경우
2. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제5항에서 정한 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"를 받은 경우
3. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제6항에서 정한 "저체온요법치료(급여)"를 받은 경우
4. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제7항에서 정한 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"를 받은 경우
5. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술 제외)"을 받은 경우
6. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제8조("혈전제거술"의 정의)에서 정한 "혈전제거술"을 받은 경우
7. "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조("혈전용해치료"의 정의)에서 정한 "혈전용해치료"를 받은 경우
8. "허혈성심장질환 및 기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조("혈전용해치료"의 정의)에서 정한 "혈전용해치료"를 받은 경우
9. "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 제10조("중환자실치료"의 정의)에서 정한 "중환자실치료"를 받은 경우

4 이 특별약관에서 "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)"라 함은 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 제12조("신특정순환계질환 재활치료(급여)"의 정의 및 장소)에서 정한 "신특정순환계질환 재활치료(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

5 이 특별약관에서 "신특정순환계질환 통합치료(약물치료)"라 함은 "신특정순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 제13조("항응고제주사치료(급여)" 및 "항혈소판제주사치료(급여)"의 정의)에서 정한 "항응고제주사치료(급여)"를 받은 경우
2. 제13조("항응고제주사치료(급여)" 및 "항혈소판제주사치료(급여)"의 정의)에서 정한 "항혈소판제주사치료(급여)"를 받은 경우

제6조("자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "자기공명영상(MRI)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 자기공명영상진단(MRI) "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	자기공명영상진단(MRI)검사
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 이 특별약관에 있어서 "전산화단층영상(CT)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 전산화단층영상진단 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)검사
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법	

3 이 특별약관에 있어서 "양전자방출단층촬영(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(PET)검사
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법	

4 이 특별약관에 있어서 "지속적신대체요법(CRRT)(급여)"라 함은 【별표196】(지속적신대체요법(CRRT) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

5 이 특별약관에서 "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)"라 함은 【별표197】(인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

6 이 특별약관에서 "저체온요법치료(급여)"라 함은 【별표198】(저체온요법치료 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"라 함은 【별표202】(에크모치료(체외순환막형산화요법) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

8 제1항 내지 제7항의 "자기공명영상(MRI)검사(급여)", "전산화단층영상(CT)검사(급여)", "양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)", "지속적신대체요법(CRRT)(급여)", "인공호흡기(12시간초과)치료(급여)", "저체온요법치료(급여)" 및 "에크모치료(체외순환막형산화요법)(급여)"는 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

9 제1항 내지 제8항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항 내지 제7항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

10 제1항 내지 제8항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제7조(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 "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	

제8조("혈전제거술"의 정의)
1 이 특별약관에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조("혈전용해치료"의 정의)
1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성 심장질환 및 기타순환계질환"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.

제10조("중환자실치료"의 정의)
1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "신특정순환계질환"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.	

제11조(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) 제3항에서 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) 제3항에서 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.

제12조("신특정순환계질환 재활치료(급여)"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 재활치료(급여)"라 함은 "입원 신특정순환계질환 재활치료(급여)" 및 "통원 신특정순환계질환 재활치료(급여)"를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "신특정순환계질환 재활치료(급여)"라 함은 "신특정순환계질환" 자체 또는 "신특정순환계질환" 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.

3 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제13조("항응고제주사치료(급여)" 및 "항혈소판제주사치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "항응고제주사치료(급여)"라 함은 의사에 의하여 "항응고주사제"의 투여가 필요하다고 인정된 경우로서 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "항응고주사제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하는 치료법을 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 "항응고주사제"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에서 정한 분류번호가 "333(혈액응고저지제)"에 해당하는 약제 중 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "항혈소판제주사치료(급여)"라 함은 의사에 의하여 "항혈소판주사제"의 투여가 필요하다고 인정된 경우로서 "신특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "항혈소판주사제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하는 치료법을 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

4 제3항의 "항혈소판주사제"라 함은 세계보건기구(WHO)의 해부 · 치료 · 화학적 분류코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code) 분류에 있어 【별표208】(항혈소판제 분류표)에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에 해당하며 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

5 제2항의 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에 따라 분류됩니다.

6 제1항 내지 제5항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"의 개정에 따라 대상 약제가 제외 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "항응고주사제" 또는 "항혈소판주사제"에 준하여 각각의 약물을 결정합니다.

7 제1항 내지 제6항에도 불구하고, "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

8 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 "혈전용해제"는 제1항의 "항응고제주사치료(급여)" 및 제3항의 "항혈소판제주사치료(급여)"에서 제외됩니다.

제14조("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

제15조("권역심뇌혈관질환센터"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "권역심뇌혈관질환센터"라 함은 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

관 련 법 규	심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 사업을 수행하기 위하여 「의료법」 제3조의3에 따른 종합병원 중에서 권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터를 지정할 수 있다.
1. 중증 응급 심뇌혈관질환자 중심 진료 및 조기 재활
2. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환 관련 예방, 진료 및 재활 등에 대한 조사·연구
3. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환조사통계사업 관련 자료의 수집·분석 및 제공
4. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육
5. 그 밖에 심뇌혈관질환관리에 필요한 사업으로서 보건복지부장관이 정하는 사업

② 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 의료기관에 대하여 지정기준, 운영실적 등을 평가할 수 있다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따른 평가결과를 고려하여 3년마다 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터로 재지정할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터가 제1항에 따른 사업을 수행하지 아니하거나 제17조에 따른 지도·감독을 따르지 아니한 경우 시정을 명할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 그 지정을 취소할 수 있다.
1. 제1항에 따른 사업을 수행하지 아니하거나 제4항에 따른 시정명령을 이행하지 아니한 경우
2. 제6항에 따른 지정 기준에 미달한 경우
3. 제17조에 따른 지도·감독을 따르지 아니한 경우
4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유에 해당한 경우

⑥ 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터의 지정·재지정의 기준·방법·절차 및 지정 취소의 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제16조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 치료확인서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
(단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI), 질병분류번호를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
가. "신특정순환계질환 통합치료(검사)"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), "MRI·PET·CT검사" 목적이 기재된 의사소견서 등 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류 등을 포함하여 제출하여야 합니다.
나. "신특정순환계질환 통합치료(재활치료)"의 경우 진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재)를 포함하여 제출하여야 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.

제17조(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.

제18조(특별약관의 자동갱신)

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.

제19조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

260. 암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음)
260-1. 암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "종합병원"에서 "암 통합치료(검사)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"으로 인한 통증완화를 목적으로 "종합병원"에서 "암 통합치료(통증완화치료)"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

4 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에 입원중에 "암 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 암재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에 통원하여 "암 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "통원 암재활치료(급여)"라 합니다)

5 제4항에도 불구하고 "암 통합치료(재활치료)" 보험금은 "입원 암재활치료(급여)" 횟수와 "통원 암재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.

< 보험가입금액 5천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	10만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	500만원
	유사암 수술	수술1회당	100만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	500만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	500만원
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	50만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	10만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	250만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	50만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	500만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(유사암제외)	수술1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(유사암제외)	연간1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(유사암제외)	연간1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	100만원
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	30만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

< 보험가입금액 1억원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	20만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	1,000만원
	유사암 수술	수술1회당	200만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	1,000만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	1,000만원
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	100만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	20만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	500만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	100만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	750만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(유사암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	40만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

< 보험가입금액 1억 5천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	20만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	1,500만원
	유사암 수술	수술1회당	300만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	1,500만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	300만원
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	1,500만원
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	300만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	150만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	30만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	750만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	150만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	1,000만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(유사암제외)	수술1회당	1,500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	300만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(유사암제외)	연간1회한	1,500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	300만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(유사암제외)	연간1회한	1,500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	300만원
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	50만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

6 제1항 내지 제4항에서 "보장항목별 대상질병"이란 아래의 질병을 말합니다.

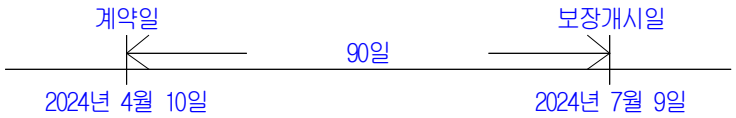
구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(검사)	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	암(유사암제외) 및 유사암
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	
	암 특정생검조직병리검사(급여)	
	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	
	암 내시경검사(급여)	
	암 특정단일유전자검사(급여)	
	특정NGS유전자패널검사(급여)	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	암(유사암제외)
	암(유사암제외) 항암방사선치료	
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	
	암(유사암제외) 중환자실치료	
	유사암 수술	유사암
	유사암 항암방사선치료	
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	
	유사암 항암호르몬약물치료	
	유사암 중환자실치료	
	항암세기조절방사선치료	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암

구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함)암수술(유사암제외)	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함)암수술(기타피부암및갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	
	비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	암(갑상선암및 전립선암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	갑상선암 및 전립선암
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	암(유사암제외)
암 통합치료(재활치료)	암재활치료(급여)	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암

7 제1항 내지 제5항의 암 통합치료 보험금의 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

8 제1항 내지 제4항의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암통합치료보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다.

9 제8항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암통합치료보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

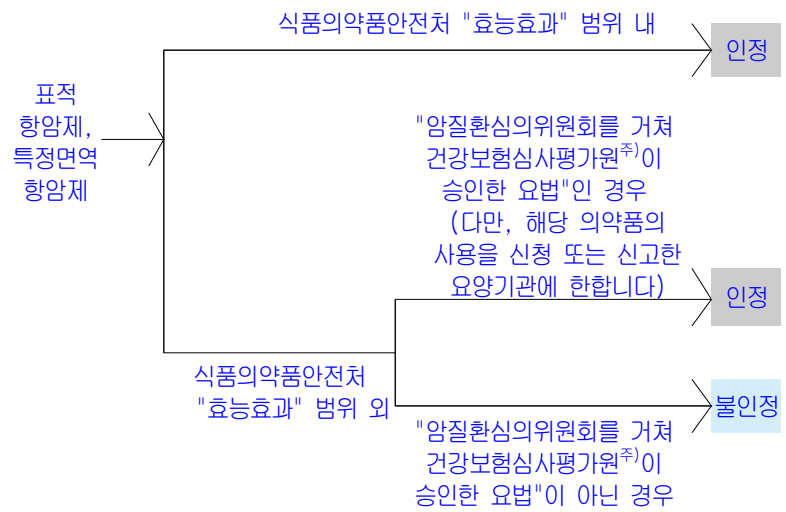
10 제8항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암통합치료보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

11 제1항 내지 제7항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료" 및 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 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.

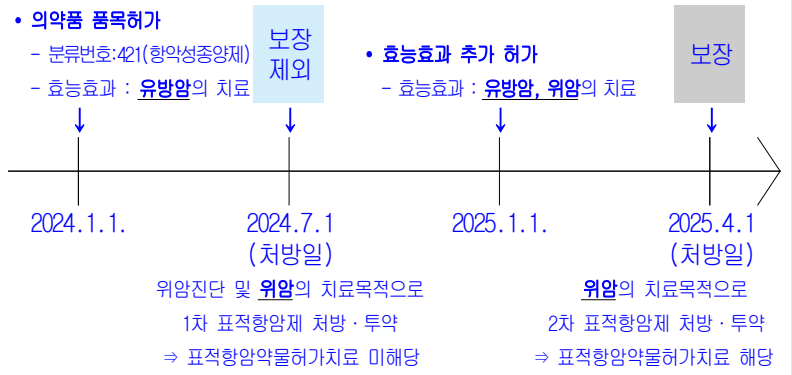
용 어 풀 이 | **표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



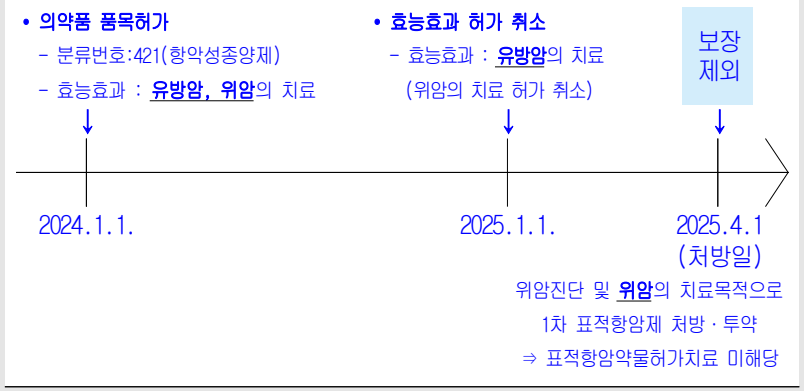
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

2 제5조("암 통합치료"의 정의) 제5항의 "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, 제14조(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 제5조("암 통합치료"의 정의) 제5항의 "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, 제15조(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 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.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장 개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제20조(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 "암 통합치료(주요치료)" 중 "암(유사암제외) 중환자실치료" 및 "유사암 중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

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 총 지급액 한도는 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 알린 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 "암 통합치료(검사)","암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)" 및 "암 통합치료(통증완화치료)"의 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 "암 통합치료(재활치료)"의 경우 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)

제4조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표22】(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 제5항에서 정한 "기타피부암", 제6항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제5항에서 정한 "기타피부암", 제6항에서 정한 "갑상선암", 제7항에서 정한 "제자리암" 및 제8항에서 정한 "경계성종양"을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제6항에서 정한 "갑상선암", 제9항에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

8 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표24】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

9 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

10 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "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 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"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	

제5조("암 통합치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암 통합치료"라 함은 "암 통합치료(검사)", "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)", "암 통합치료(통증완화치료)" 및

"암 통합치료(재활치료)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "암 통합치료(검사)"라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제1항에서 정한 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)"를 받은 경우
2. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제2항에서 정한 "암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제3항에서 정한 "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제4항에서 정한 "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제5항에서 정한 "암 내시경검사(급여)"를 받은 경우
6. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제6항에서 정한 "암 특정단일유전자검사(급여)"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제7항에서 정한 "암 특정생검조직병리검사(급여)"를 받은 경우
8. "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제9항에서 정한 "특정NGS유전자패널검사(급여)"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "암 통합치료(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. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제7조(수술의 정의와 장소)에서 정한 "수술"을 받은 경우
2. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제7조(수술의 정의와 장소)에서 정한 "수술"을 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제8조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료"를 받은 경우
4. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제8조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
6. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
8. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
9. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제10조("중환자실치료"의 정의)에서 정한 "중환자실치료"를 받은 경우
10. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제10조("중환자실치료"의 정의)에서 정한 "중환자실치료"를 받은 경우
11. "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 제12조(항암세기조절방사선치료의 정의)에서 정한 "항암세기조절방사선치료"를 받은 경우

4 이 특별약관에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
2. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
4. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우

5 이 특별약관에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
4. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우
8. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우

6 "암 통합치료(주요치료)" 및 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 통합치료(주요치료)" 및 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)"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(제9조(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

7 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

8 이 특별약관에서 "암 통합치료(통증완화치료)"라 함은 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 제17조("암특정통증완화치료(급여)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암특정통증완화치료(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

9 이 특별약관에서 "암 통합치료(재활치료)"라 함은 "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 직접적인 목적으로 제19조("암재활치료(급여)"의 정의)에서 정한 "암재활치료(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

10 제4항 내지 제5항에서 "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.

11 제4항 내지 제5항에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 비용 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

12 제4항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

13 제4항 제3호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

14 제4항 제5호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료

이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

15 제5항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"은 제13조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 "다빈치로봇 암수술" 중 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

16 제5항 제3호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"는 제14조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

17 제5항 제5호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 제15조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "특정면역항암약물허가치료" 중 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

18 제5항 제7호 및 제8호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"는 제16조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 "항암양성자방사선치료" 중 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 자기공명영상진단(MRI) "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	자기공명영상진단(MRI)검사
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 이 특별약관에 있어서 "암 양전자방출단층촬영(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(PET)검사
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법	

3 이 특별약관에 있어서 "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 전산화단층영상진단 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)검사
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법	

4 이 특별약관에 있어서 "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 초음파 검사료 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	초음파(Ultrasonography)검사
인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법	

5 이 특별약관에 있어서 "암 내시경검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 내시경 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	내시경검사
내시경(내장장기 또는 체강 내부를 직접 볼 수 있게 만든 의료기구)을 사용하여 신체 내부를 관찰하는 검사 방식의 총칭	

6 이 특별약관에 있어서 "암 특정단일유전자검사(급여)"라 함은 【별표115】(암 특정단일유전자검사(급여) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "암 특정생검조직병리검사(급여)"라 함은 【별표116】(암 특정생검조직병리검사(급여) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

8 제1항 내지 제7항의 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)", "암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)", "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)", "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)", "암 내시경검사(급여)", "암 특정단일유전자검사(급여)" 및 "암 특정생검조직병리검사(급여)"는 의사에 의하여 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

9 이 특별약관에 있어서 "특정NGS유전자패널검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고

시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 제2절(병리 검사료) 중 다음의 "수가코드"에 해당하는 진료행위를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level I	CB003
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level II	CB004
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	CB005
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	CB006

용 어 풀 이	차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사
차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.	

⑩ 제9항의 "특정NGS유전자패널검사(급여)"는 "선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준" 고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 "차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관"으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

⑪ 제1항 내지 제10항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항내지 제7항 및 제9항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑫ 제1항 내지 제10항에도 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.

제7조(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	

제8조(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.

제9조(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 호

의 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.

제10조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.	

제11조("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.	

제12조(항암세기조절방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 제8조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료" 중, 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 "세기조절방사선치료법(방사선조사 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.

제13조(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.

제14조(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 【별표86-1】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제9조(항암약물치료 등의 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.

제15조(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 【별표86-3】(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정면역항암약물허가치료"라 함은 제9조(항암약물치료 등의 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.

제16조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제8조(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.

제17조("암특정통증완화치료(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암특정통증완화치료(급여)"라 함은 피보험자가 진단확정된 "암(유사암제외)"으로 인한 통증완화를 목적으로 "신경차단 · 파괴술(급여)" 또는 "마약성진통제(급여)치료"를 받은 경우를 말합니다.

2 제1항에서 "신경차단 · 파괴술(급여)"라 함은 【별표87】(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.

3 제1항에서 "마약성진통제(급여)치료"라 함은 "마약성진통제(급여)"를 "종합병원"에서 "연간 30일 이상 처방"받은 경우를 말합니다.

4 제3항에서 "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 30일이상인 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.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침"의 개정에 따라 제1항 내지 제4항의 "수가코드" 및 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

6 제1항 내지 제4항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 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.

제18조(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) 제4항에서 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) 제4항에서 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.

제19조("암재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암재활치료(급여)"라 함은 "입원 암재활치료(급여)" 및 "통원 암재활치료(급여)"를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암재활치료(급여)"라 함은 암 자체 또는 암 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.

3 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개

정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제20조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 치료확인서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   (단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI), 질병분류번호를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
   가. "암 통합치료(검사)"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), "암 MRI · PET · CT · 초음파 · 내시경 · 특정단일유전자 · 특정생검조직병리 · 특정NGS유전자패널검사" 목적이 기재된 의사소견서 등 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류 등을 포함하여 제출하여야 합니다.
   나. "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서를 포함하여 제출하여야 합니다.
   다. "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"의 경우 항암방사선치료기록지를 포함하여 제출하여야 합니다.
   라. "암특정통증완화치료(급여)" 중 "신경차단 · 파괴술(급여)"을 받은 경우 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재)를 포함하여 제출하여야 합니다.
   마. "암특정통증완화치료(급여)" 중 "마약성진통제(급여)"를 "연간 30일 이상 처방"받은 경우 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비용 명세서("상병명" 및 "총 투여일수" 필수기재)를 포함하여 제출하여야 합니다.
   바. "암재활치료(급여)"의 경우 진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재)를 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 제3호 내지 제5호의 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.	

제21조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제8항의 암통합치료보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제22조(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.

제23조(특별약관의 자동갱신)

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.

제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제8항을 적용합니다.

제25조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

261. 암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음)
261-1. 암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "종합병원"에서 "암 통합치료(검사)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "암 통합치료(주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"으로 인한 통증완화를 목적으로 "종합병원"에서 "암 통합치료(통증완화치료)"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

4 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에 입원중에 "암 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 암재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상

질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에 통원하여 "암 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "통원 암재활치료(급여)"라 합니다)

5 제4항에도 불구하고 "암 통합치료(재활치료)" 보험금은 "입원 암재활치료(급여)" 횟수와 "통원 암재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.

< 보험가입금액 5천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	10만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	500만원
	유사암 수술	수술1회당	100만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	500만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	500만원
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	50만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	10만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	250만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	50만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	500만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	30만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

< 보험가입금액 1억원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	20만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	1,000만원
	유사암 수술	수술1회당	200만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	1,000만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	1,000만원
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	100만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	20만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	500만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	100만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	750만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	40만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

< 보험가입금액 1억 5천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	20만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	1,500만원
	유사암 수술	수술1회당	300만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	1,500만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	300만원
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	1,500만원
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	300만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	150만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	30만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	750만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	150만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	1,000만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	50만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

6 제1항 내지 제4항에서 "보장항목별 대상질병"이란 아래의 질병을 말합니다.

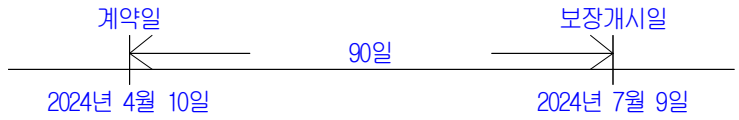
구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(검사)	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	암(유사암제외) 및 유사암
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	
	암 특정생검조직병리검사(급여)	
	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	
	암 내시경검사(급여)	
	암 특정단일유전자검사(급여)	
	특정NGS유전자패널검사(급여)	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	암(유사암제외)
	암(유사암제외) 항암방사선치료	
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	
	암(유사암제외) 중환자실치료	
	유사암 수술	유사암
	유사암 항암방사선치료	
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	
	유사암 항암호르몬약물치료	
	유사암 중환자실치료	
	항암세기조절방사선치료	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암

구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	암(갑상선암및 전립선암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	갑상선암 및 전립선암
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	암(유사암제외)
암 통합치료(재활치료)	암재활치료(급여)	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암

7 제1항 내지 제5항의 암 통합치료 보험금의 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

8 제1항 내지 제4항의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암통합치료보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다.

9 제8항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암통합치료보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

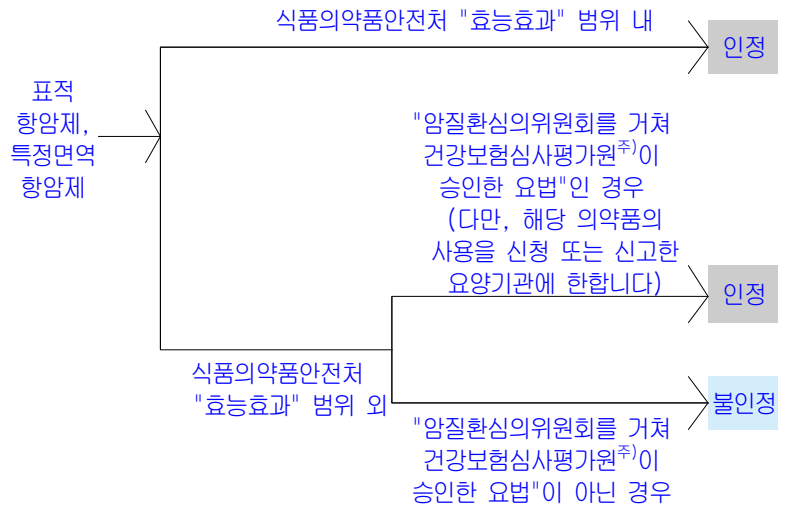
10 제8항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암통합치료보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

11 제1항 내지 제7항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료" 및 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 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.

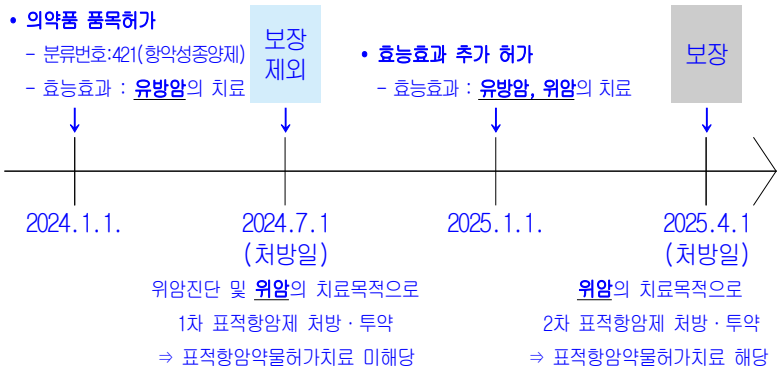
용 어 풀 이	표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



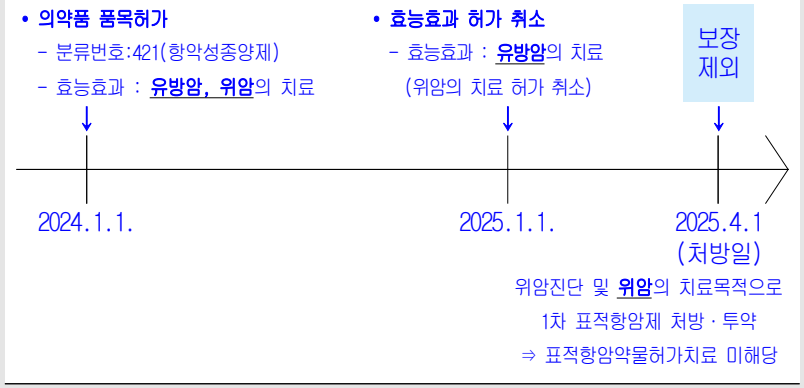
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

2 제5조("암 통합치료"의 정의) 제4항의 "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, 제14조(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 제5조("암 통합치료"의 정의) 제4항의 "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, 제15조(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 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 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암 통합치료(주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제20조(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 "암 통합치료(주요치료)" 중 "암(유사암제외) 중환자실치료" 및 "유사암 중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암 통합치료(주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

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 총 지급액 한도는 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 알린 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암 통합치료(주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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 이

내에 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 "암 통합치료(검사)","암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)" 및 "암 통합치료(통증완화치료)"의 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 "암 통합치료(재활치료)"의 경우 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)

제4조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표22】(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 제5항에서 정한 "기타피부암", 제6항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제5항에서 정한 "기타피부암", 제6항에서 정한 "갑상선암", 제7항에서 정한 "제자리암" 및 제8항에서 정한 "경계성종양"을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제6항에서 정한 "갑상선암", 제9항에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
7 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.
8 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표24】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
9 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
10 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "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 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"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	

제5조("암 통합치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암 통합치료"라 함은 "암 통합치료(검사)", "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)", "암 통합치료(통증완화치료)" 및 "암 통합치료(재활치료)"를 총칭합니다.
2 이 특별약관에서 "암 통합치료(검사)"라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제1항에서 정한 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)"를 받은 경우
2. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제2항에서 정한 "암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제3항에서 정한 "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제4항에서 정한 "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제5항에서 정한 "암 내시경검사(급여)"를 받은 경우
6. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제6항에서 정한 "암 특정단일유전자검사(급여)"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제7항에서 정한 "암 특정생검조직병리검사(급여)"를 받은 경우
8. "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제9항에서 정한 "특정NGS유전자패널검사(급여)"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "암 통합치료(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. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제7조(수술의 정의와 장소)에서 정한 "수술"을 받은 경우
2. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제7조(수술의 정의와 장소)에서 정한 "수술"을 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제8조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료"를 받은 경우
4. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제8조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
6. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우

8. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
9. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제10조("중환자실치료"의 정의)에서 정한 "중환자실치료"를 받은 경우
10. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제10조("중환자실치료"의 정의)에서 정한 "중환자실치료"를 받은 경우
11. "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 제12조(항암세기조절방사선치료의 정의)에서 정한 "항암세기조절방사선치료"를 받은 경우

4 이 특별약관에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
4. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우
8. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우

5 "암 통합치료(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 통합치료(주요치료)"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(제9조(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

6 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

7 이 특별약관에서 "암 통합치료(통증완화치료)"라 함은 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 제17조("암특정통증완화치료(급여)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암특정통증완화치료(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

8 이 특별약관에서 "암 통합치료(재활치료)"라 함은 "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 직접적인 목적으로 제19조("암재활치료(급여)"의 정의)에서 정한 "암재활치료(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

9 제4항에서 "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.

10 제4항에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 비용 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

11 제4항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"은 제13조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 "다빈치로봇 암수술" 중 제9항의 "비급

여" 또는 제10항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

12 제4항 제3호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"는 제14조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중 제9항의 "비급여" 또는 제10항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

13 제4항 제5호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 제15조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "특정면역항암약물허가치료" 중 제9항의 "비급여" 또는 제10항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

14 제4항 제7호 및 제8호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"는 제16조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 "항암양성자방사선치료" 중 제9항의 "비급여" 또는 제10항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 자기공명영상진단(MRI) "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	자기공명영상진단(MRI)검사
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 이 특별약관에 있어서 "암 양전자방출단층촬영(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(PET)검사
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법	

3 이 특별약관에 있어서 "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 전산화단층영상진단 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)검사
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법	

4 이 특별약관에 있어서 "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 초음파 검사료 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	초음파(Ultrasonography)검사
인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법	

5 이 특별약관에 있어서 "암 내시경검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 내시경 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	내시경검사
내시경(내장장기 또는 체강 내부를 직접 볼 수 있게 만든 의료기구)을 사용하여 신체 내부를 관찰하는 검사 방식의 총칭	

6 이 특별약관에 있어서 "암 특정단일유전자검사(급여)"라 함은 【별표115】(암 특정단일유전자검사(급여) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "암 특정생검조직병리검사(급여)"라 함은 【별표116】(암 특정생검조직병리검사(급여) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

8 제1항 내지 제7항의 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)", "암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)", "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)", "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)", "암 내시경검사(급여)", "암 특정단일유전자검사(급여)" 및 "암 특정생검조직병리검사(급여)"는 의사에 의하여 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

9 이 특별약관에 있어서 "특정NGS유전자패널검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 제2절(병리 검사료) 중 다음의 "

수가코드"에 해당하는 진료행위를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level I	CB003
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level II	CB004
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	CB005
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	CB006

용 어 풀 이	차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사

차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.

⑩ 제9항의 "특정NGS유전자패널검사(급여)"는 "선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준" 고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 "차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관"으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

⑪ 제1항 내지 제10항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항 내지 제7항 및 제9항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑫ 제1항 내지 제10항에도 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.

제7조(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

제8조(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.

제9조(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.

제10조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.	

제11조("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.

제12조(항암세기조절방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 제8조(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.

제13조(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.

제14조(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 【별표86-1】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제9조(항암약물치료 등의 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.

제15조(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 【별표86-3】(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정면역항암약물허가치료"라 함은 제9조(항암약물치료 등의 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.

제16조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제8조(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.

제17조("암특정통증완화치료(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암특정통증완화치료(급여)"라 함은 피보험자가 진단확정된 "암(유사암제외)"으로 인한 통증완화를 목적으로 "신경차단 · 파괴술(급여)" 또는 "마약성진통제(급여)치료"를 받은 경우를 말합니다.

2 제1항에서 "신경차단 · 파괴술(급여)"라 함은 【별표87】(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.

3 제1항에서 "마약성진통제(급여)치료"라 함은 "마약성진통제(급여)"를 "종합병원"에서 "연간 30일 이상 처방"받은 경우를 말합니다.

4 제3항에서 "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 30일이상인 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.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침"의 개정에 따라 제1항 내지 제4항의 "수가코드" 및 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

6 제1항 내지 제4항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 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.

제18조(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) 제4항에서 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) 제4항에서 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.

제19조("암재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암재활치료(급여)"라 함은 "입원 암재활치료(급여)" 및 "통원 암재활치료(급여)"를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암재활치료(급여)"라 함은 암 자체 또는 암 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.

3 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개

정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제20조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 치료확인서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   (단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI), 질병분류번호를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
   가. "암 통합치료(검사)"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), "암 MRI · PET · CT · 초음파 · 내시경 · 특정단일유전자 · 특정생검조직병리 · 특정NGS유전자패널검사" 목적이 기재된 의사소견서 등 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류 등을 포함하여 제출하여야 합니다.
   나. "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서를 포함하여 제출하여야 합니다.
   다. "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"의 경우 항암방사선치료기록지를 포함하여 제출하여야 합니다.
   라. "암특정통증완화치료(급여)" 중 "신경차단 · 파괴술(급여)"을 받은 경우 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재)를 포함하여 제출하여야 합니다.
   마. "암특정통증완화치료(급여)" 중 "마약성진통제(급여)"를 "연간 30일 이상 처방"받은 경우 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비용 명세서("상병명" 및 "총 투여일수" 필수기재)를 포함하여 제출하여야 합니다.
   바. "암재활치료(급여)"의 경우 진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재)를 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 제3호 내지 제5호의 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.	

제21조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제8항의 암통합치료보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제22조(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.

제23조(특별약관의 자동갱신)

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.

제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제8항을 적용합니다.

제25조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

262. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음)

262-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "종합병원"에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

< 보험가입금액 4천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암제외)	수술1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	100만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	100만원
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암)	수술1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원

< 보험가입금액 8천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료 (비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원

< 보험가입금액 1억원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료 (비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술 (기타피부암및갑상선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술 (기타피부암및갑상선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원

2 제1항에서 "보장항목별 대상질병"이란 아래의 질병을 말합니다.

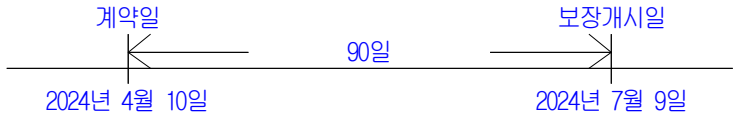
구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함)암수술 (기타피부암및갑상선암제외)	암(기타피부암및 갑상선암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료 (기타피부암및갑상선암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함)암수술 (기타피부암및갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	
	비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료 (기타피부암및갑상선암)	
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	암(갑상선암및 전립선암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	갑상선암 및 전립선암
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	암(기타피부암및 갑상선암제외)
	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)	

3 제1항의 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료 보험금의 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

4 제1항의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지

난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암통합치료보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다.

5 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암통합치료보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

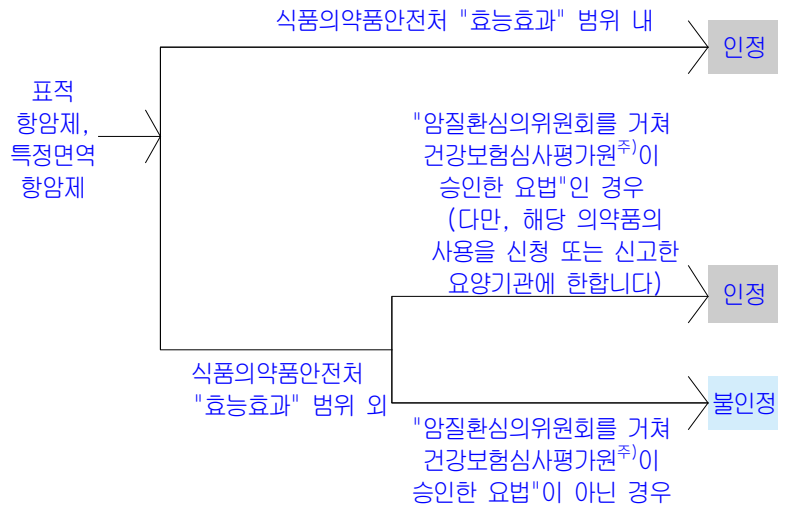
6 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암통합치료보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

7 제1항 내지 제3항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료" 및 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 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.

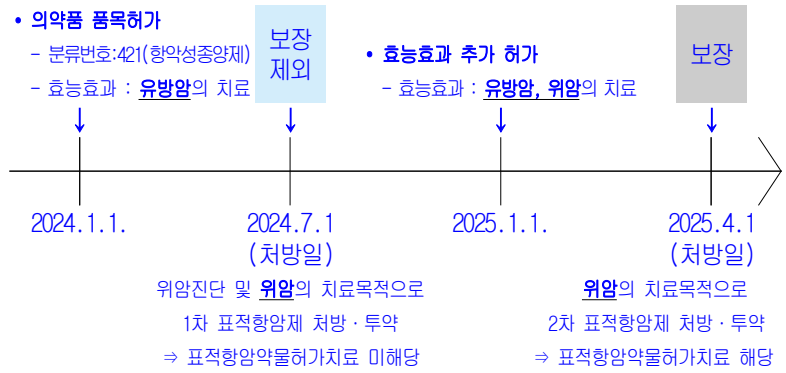
용 어 풀 이	표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



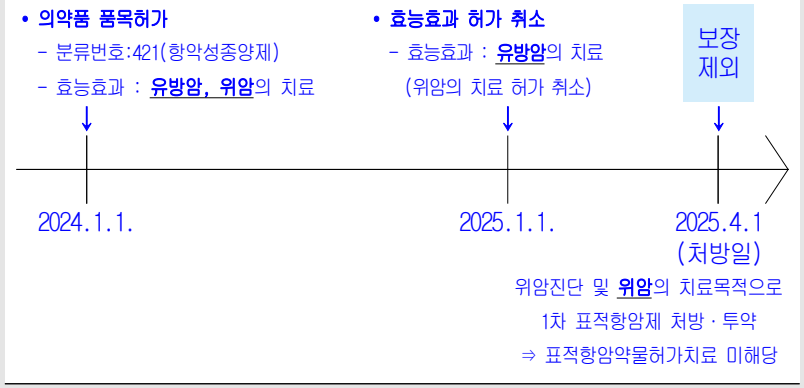
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

2 제4조("비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료"의 정의) 제3항의 "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, 제10조(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 통합치료"의 정의) 제3항의 "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, 제11조(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 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 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

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 총 지급액 한도는 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 알린 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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 【별표22】(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 통합치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료"라 함은 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 및 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 암

치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
2. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
3. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
4. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
5. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
5. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
7. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우
8. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우

4 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)"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

5 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

6 제2항 내지 제3항에서 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

7 제2항 내지 제3항에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 비용 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

8 제2항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의

증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

9 제2항 제3호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

10 제2항 제5호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

11 제3항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"은 제9조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 "다빈치로봇 암수술" 중 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

12 제3항 제3호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"는 제10조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

13 제3항 제5호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 제11조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "특정면역항암약물허가치료" 중 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

14 제3항 제7호 및 제8호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"는 제12조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 "항암양성자방사선치료" 중 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

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(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.

제10조(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 【별표86-1】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제7조(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.

제11조(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 【별표86-3】(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "특정면역항암약물허가치료"라 함은 제7조(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.

제12조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제6조(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.

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 진료수가코드(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 제3호 내지 제5호의 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 암통합치료보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암및갑상선암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다.

제18조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

263. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음)
263-1. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 "암 통합치료(검사)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"으로 인한 통증완화를 목적으로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 "암 통합치료(통증완화치료)"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

4 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에 입원중에 "암 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 암재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에 통원하여 "암 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "통원 암재활치료(급여)"라 합니다)

5 제4항에도 불구하고 "암 통합치료(재활치료)" 보험금은 "입원 암재활치료(급여)" 횟수와 "통원 암재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.

< 보험가입금액 5천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	10만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	500만원
	유사암 수술	수술1회당	100만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	500만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	500만원
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	50만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	10만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	250만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	50만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	500만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(유사암제외)	수술1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(유사암제외)	연간1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(유사암제외)	연간1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	100만원
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암)	수술1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	30만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한 (각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

< 보험가입금액 1억원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	20만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	1,000만원
	유사암 수술	수술1회당	200만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	1,000만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	1,000만원
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	100만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	20만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	500만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	100만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	750만원
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(유사암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	40만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한 (각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

< 보험가입금액 1억 5천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	20만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	1,500만원
	유사암 수술	수술1회당	300만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	1,500만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	300만원
	암(유사암제외) 항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	1,500만원
	유사암 항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	300만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	150만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	30만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	750만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	150만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	1,000만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(유사암제외)	수술1회당	1,500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	300만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(유사암제외)	연간1회한	1,500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	300만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(유사암제외)	연간1회한	1,500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	300만원
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	50만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한 (각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

6 제1항 내지 제4항에서 "보장항목별 대상질병"이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(검사)	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	암(유사암제외) 및 유사암
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	
	암 특정생검조직병리검사(급여)	
	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	
	암 내시경검사(급여)	
	암 특정단일유전자검사(급여)	

구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(검사)	특정NGS유전자패널검사(급여)	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	암(유사암제외)
	암(유사암제외) 항암방사선치료	
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	
	암(유사암제외) 중환자실치료	
	유사암 수술	유사암
	유사암 항암방사선치료	
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	
	유사암 항암호르몬약물치료	
	유사암 중환자실치료	
	항암세기조절방사선치료	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암

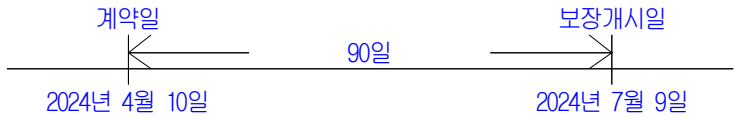
구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함)암수술(유사암제외)	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함)암수술(기타피부암및갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	
	비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	암(갑상선암및 전립선암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	갑상선암 및 전립선암
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	

구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	암(유사암제외)
암 통합치료(재활치료)	암재활치료(급여)	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암

7 제1항 내지 제5항의 암 통합치료 보험금의 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

8 제1항 내지 제4항의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암통합치료보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다.

9 제8항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암통합치료보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

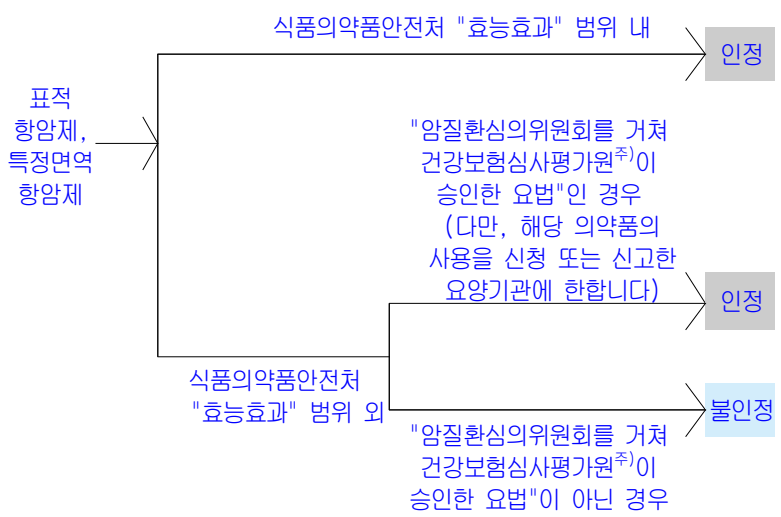
10 제8항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암통합치료보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

11 제1항 내지 제7항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료" 및 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 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.

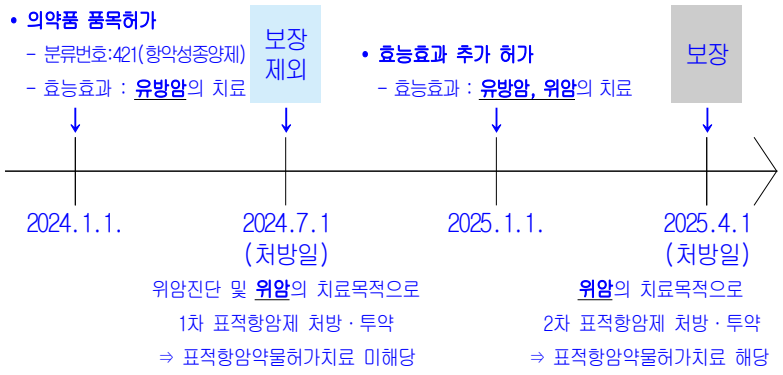
용 어 풀 이	표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



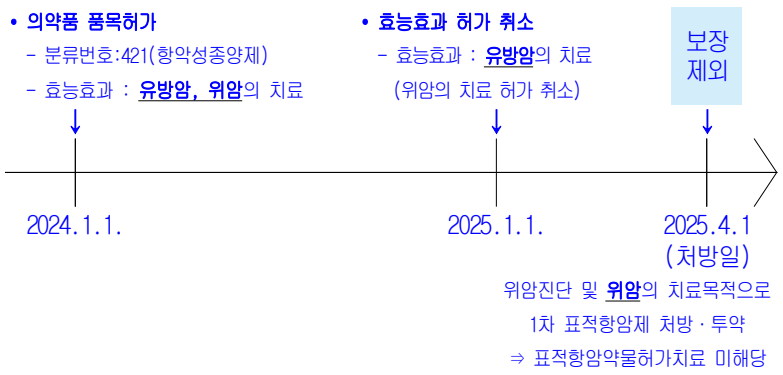
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

2 제5조("암 통합치료"의 정의) 제5항의 "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, 제14조(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 제5조("암 통합치료"의 정의) 제5항의 "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, 제15조(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 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 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제20조(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 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "암 통합치료(주요치료)" 중 "암(유사암제외) 중환자실치료" 및 "유사암 중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

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 총 지급액 한도는 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 알린 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우

3. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 암중점치료기관(상급종합병원 포함) 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 "암 통합치료(검사)","암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)" 및 "암 통합치료(통증완화치료)"의 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 "암 통합치료(재활치료)"의 경우 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)

제4조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표22】(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 제5항에서 정한 "기타피부암", 제6항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제5항에서 정한 "기타피부암", 제6항에서 정한 "갑상선암", 제7항에서 정한 "제자리암" 및 제8항에서 정한 "경계성종양"을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제6항에서 정한 "갑상선암", 제9항에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

8 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표24】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

9 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

10 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "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 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"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	

제5조("암 통합치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암 통합치료"라 함은 "암 통합치료(검사)", "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)", "암 통합치료(통증완화치료)" 및 "암 통합치료(재활치료)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "암 통합치료(검사)"라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제1항에서 정한 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)"를 받은 경우
2. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제2항에서 정한 "암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제3항에서 정한 "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제4항에서 정한 "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제5항에서 정한 "암 내시경검사(급여)"를 받은 경우
6. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제6항에서 정한 "암 특정단일유전자검사(급여)"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제7항에서 정한 "암 특정생검조직병리검사(급여)"를 받은 경우
8. "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제9항에서 정한 "특정NGS유전자패널검사(급여)"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "암 통합치료(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. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제7조(수술의 정의와 장소)에서 정한 "수술"을 받은 경우
2. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제7조(수술의 정의와 장소)에서 정한 "수술"을 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제8조(항암방사선치료의 정의)

에서 정한 "항암방사선치료"를 받은 경우
4. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제8조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
6. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
8. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
9. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제10조("중환자실치료"의 정의)에서 정한 "중환자실치료"를 받은 경우
10. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제10조("중환자실치료"의 정의)에서 정한 "중환자실치료"를 받은 경우
11. "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 제12조(항암세기조절방사선치료의 정의)에서 정한 "항암세기조절방사선치료"를 받은 경우

4 이 특별약관에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
2. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
4. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우

5 이 특별약관에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
4. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우
8. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우

6 "암 통합치료(주요치료)" 및 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 통합치료(주요치료)" 및 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)"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(제9조(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	

7 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

8 이 특별약관에서 "암 통합치료(통증완화치료)"라 함은 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 제17조("암특정통증완화치료(급여)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암특정통증완화치료(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

9 이 특별약관에서 "암 통합치료(재활치료)"라 함은 "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 직접적인 목적으로 제19조("암재활치료(급여)"의 정의)에서 정한 "암재활치료(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

10 제4항 내지 제5항에서 "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.

11 제4항 내지 제5항에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 비용 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

12 제4항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

13 제4항 제3호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

14 제4항 제5호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

15 제5항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"은 제13조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 "다빈치로봇 암수술" 중 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

16 제5항 제3호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"는 제14조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

17 제5항 제5호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 제15조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "특정면역항암약물허가치료" 중 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

18 제5항 제7호 및 제8호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"는 제16조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 "항암양성자방사선치료" 중 제10항의 "비급여" 또는 제11항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 자기공명영상진단(MRI) "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	자기공명영상진단(MRI)검사
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 이 특별약관에 있어서 "암 양전자방출단층촬영(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 경우로

서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	양전자방출단층촬영(PET)검사
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법	

3 이 특별약관에 있어서 "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 전산화단층영상진단 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)검사
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법	

4 이 특별약관에 있어서 "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 초음파 검사료 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	초음파(Ultrasonography)검사
인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법	

5 이 특별약관에 있어서 "암 내시경검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 내시경 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	내시경검사
내시경(내장장기 또는 체강 내부를 직접 볼 수 있게 만든 의료기구)을 사용하여 신체 내부를 관찰하는 검사 방식의 총칭	

6 이 특별약관에 있어서 "암 특정단일유전자검사(급여)"라 함은 【별표115】(암 특정단일유전자검사(급여) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "암 특정생검조직병리검사(급여)"라 함은 【별표116】(암 특정생검조직병리검사(급여) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

8 제1항 내지 제7항의 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)", "암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)", "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)", "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)", "암 내시경검사(급여)", "암 특정단일유전자검사(급여)" 및 "암 특정생검조직병리검사(급여)"는 의사에 의하여 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

9 이 특별약관에 있어서 "특정NGS유전자패널검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 제2절(병리 검사료) 중 다음의 "수가코드"에 해당하는 진료행위를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level I	CB003
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level II	CB004
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	CB005
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	CB006

용 어 풀 이	차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사
차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.	

10 제9항의 "특정NGS유전자패널검사(급여)"는 "선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준" 고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 "차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관"으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

11 제1항 내지 제10항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항 내지 제7항 및 제9항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

12 제1항 내지 제10항에도 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.

제7조(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	

제8조(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.

제9조(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.

제10조("중환자실치료"의 정의)

[1] 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

[2] 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.

제11조("암중점치료기관(상급종합병원 포함)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"이라 함은 "상급종합병원", "국립암센터", "지역암센터" 및 "원자력병원"을 총칭합니다. 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

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

3 이 특별약관에 있어서 "국립암센터"라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

관 련 법 규	암관리법

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

4 이 특별약관에 있어서 "지역암센터"라 함은 암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)에 따라 지역암센터로 지정된 병원을 말합니다.

관 련 법 규	암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)

① 보건복지부장관은「의료법」제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있다.

【지역암센터 지정 현황】

2026.06 기준 15개 시도 13개 지역암센터

지역암센터(병원)			
전북	전북대학교병원	강원	강원대학교병원
전남	화순전남대학교병원	충북	충북대학교병원
경남	경상국립대학교병원	제주	제주대학교병원
부산	부산대학교병원	인천	가천대학교길병원
대전	충남대학교병원	경기	아주대학교병원
대구 경북	칠곡경북대학교병원	울산	울산대학교병원
		충남	단국대학교병원

5 이 특별약관에 있어서 "원자력병원"이라 함은 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에서 정한 한국원자력의학원 원자력병원 및 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)에 따라 정한 동남권원자력의학원 원자력병원을 말합니다.

관 련 법 규	방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

관 련 법 규	한국원자력의학원 정관

제3조(소재지)

의학원은 주된 사무소를 서울특별시에 두고 필요한 곳에 분원, 부설기관, 연락사무소 등을 둘 수 있다.

제32조의2(동남권원자력의학원)

①「방사선이용법」제13조의3 및 정관 제3조에 의한 의학원의 분원으로 부산광역시 기장군에 동남권원자력의학원(이하 "동남권의학원"이라 한다)을 둔다.

제12조(항암세기조절방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 제8조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치

료" 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.

제13조(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.

제14조(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 【별표86-1】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제9조(항암약물치료 등의 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 분

류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제15조(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 【별표86-3】(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "특정면역항암약물허가치료"라 함은 제9조(항암약물치료 등의 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.

제16조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제8조(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.

제17조("암특정통증완화치료(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암특정통증완화치료(급여)"라 함은 피보험자가 진단확정된 "암(유사암제외)"으로 인한 통증완화를 목적으로 "신경차단 · 파괴술(급여)" 또는 "마약성진통제(급여)치료"를 받은 경우를 말합니다.

2 제1항에서 "신경차단 · 파괴술(급여)"라 함은 【별표87】(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.

3 제1항에서 "마약성진통제(급여)치료"라 함은 "마약성진통제(급여)"를 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 "연간 30일 이상 처방"받은 경우를 말합니다.

4 제3항에서 "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 30일이상인 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.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침"의 개정에 따라 제1항 내지 제4항의 "수가코드" 및 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

6 제1항 내지 제4항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 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.

제18조(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) 제4항에서 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) 제4항에서 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.

제19조("암재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암재활치료(급여)"라 함은 "입원 암재활치료(급여)" 및 "통원 암재활치료(급여)"를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암재활치료(급여)"라 함은 암 자체 또는 암 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.

3 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제20조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 치료확인서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   (단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI), 질병분류번호를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
   가. "암 통합치료(검사)"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), "암 MRI · PET · CT · 초음파 · 내시경 · 특정단일유전자 · 특정생검조직병리 · 특정NGS유전자패널검사" 목적이 기재된 의사소견서 등 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류 등을 포함하여 제출하여야 합니다.
   나. "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서를 포함하여 제출하여야 합니다.
   다. "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"의 경우 항암방사선치료기록지를 포함하여 제출하여야 합니다.
   라. "암특정통증완화치료(급여)" 중 "신경차단 · 파괴술(급여)"을 받은 경우 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재)를 포함하여 제출하여야 합니다.
   마. "암특정통증완화치료(급여)" 중 "마약성진통제(급여)"를 "연간 30일 이상 처방"받은 경우 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비용 명세서("상병명" 및 "총 투여일수" 필수기재)를 포함하여 제출하여야 합니다.
   바. "암재활치료(급여)"의 경우 진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재)를 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 제3호 내지 제5호의 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.

제21조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제8항의 암통합치료보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 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 돌려드립니다.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제22조(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.

제23조(특별약관의 자동갱신)

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.

제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제8항을 적용합니다.

제25조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

264. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음)

264-1. 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 "암 통합치료(검사)"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 보장항목별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 "암 통합치료(주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"으로 인한 통증완화를 목적으로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 "암 통합치료(통증완화치료)"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

4 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생

한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에 입원중에 "암 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "입원 암재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에 통원하여 "암 통합치료(재활치료)"를 받은 경우(이하 "통원 암재활치료(급여)"라 합니다)

5 제4항에도 불구하고 "암 통합치료(재활치료)" 보험금은 "입원 암재활치료(급여)" 횟수와 "통원 암재활치료(급여)" 횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.

< 보험가입금액 5천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	10만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	500만원
	유사암 수술	수술1회당	100만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	500만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	500만원
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	100만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	50만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	10만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	250만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	50만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	500만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암)	수술1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (유사암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	30만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한 (각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

< 보험가입금액 1억원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	20만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	1,000만원
	유사암 수술	수술1회당	200만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	1,000만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	1,000만원
	유사암 항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	200만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	100만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	20만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	500만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	100만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	750만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	40만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

< 보험가입금액 1억 5천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(검사)	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	연간1회한	10만원
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 내시경검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간1회한	5만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간1회한	20만원
	특정NGS유전자패널검사(급여)	연간1회한	100만원
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	수술1회당	1,500만원
	유사암 수술	수술1회당	300만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간1회한	1,500만원
	유사암 항암방사선치료	연간1회한	300만원
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	1,500만원
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한	300만원
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	연간1회한	150만원
	유사암 항암호르몬약물치료	연간1회한	30만원
	암(유사암제외) 중환자실치료	연간1회한	750만원
	유사암 중환자실치료	연간1회한	150만원
	항암세기조절방사선치료	연간1회한	1,000만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	연간1회한	50만원
암 통합치료(재활치료)	입원 암재활치료(급여)	연간30회한(각각 1일1회한)	2만원
	통원 암재활치료(급여)		

6 제1항 내지 제4항에서 "보장항목별 대상질병"이란 아래의 질병을 말합니다.

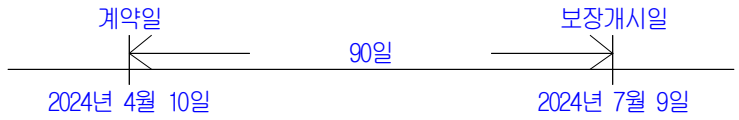
구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(검사)	암 전산화단층영상(CT)검사(급여)	암(유사암제외) 및 유사암
	암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)	
	암 특정생검조직병리검사(급여)	
	암 자기공명영상(MRI)검사(급여)	
	암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)	
	암 내시경검사(급여)	
	암 특정단일유전자검사(급여)	
	특정NGS유전자패널검사(급여)	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암
암 통합치료(주요치료)	암(유사암제외) 수술	암(유사암제외)
	암(유사암제외) 항암방사선치료	
	암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	
	암(유사암제외) 항암호르몬약물치료	
	암(유사암제외) 중환자실치료	
	유사암 수술	유사암
	유사암 항암방사선치료	
	유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	
	유사암 항암호르몬약물치료	
	유사암 중환자실치료	
	항암세기조절방사선치료	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암

구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	암(갑상선암및 전립선암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	갑상선암 및 전립선암
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(유사암제외)	암(유사암제외)
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(유사암제외)	
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	
암 통합치료(통증완화치료)	암특정통증완화치료(급여)	암(유사암제외)
암 통합치료(재활치료)	암재활치료(급여)	암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암

7 제1항 내지 제5항의 암 통합치료 보험금의 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

8 제1항 내지 제4항의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암통합치료보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다.

9 제8항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암통합치료보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

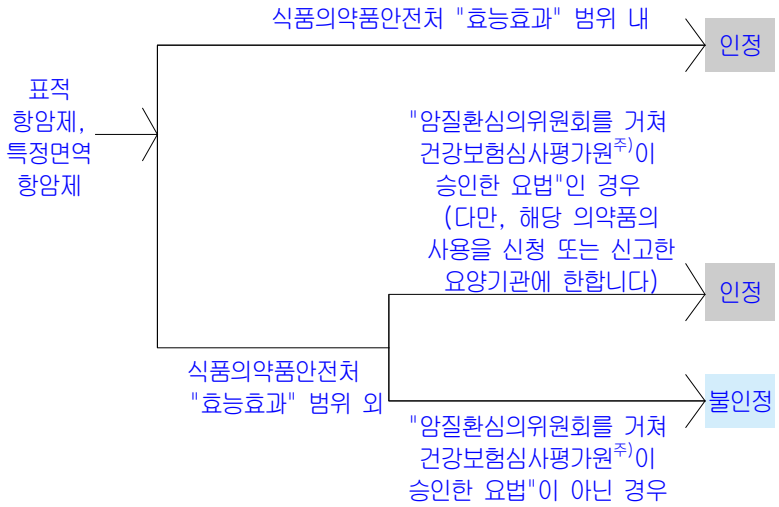
10 제8항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암통합치료보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

11 제1항 내지 제7항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료" 및 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 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.

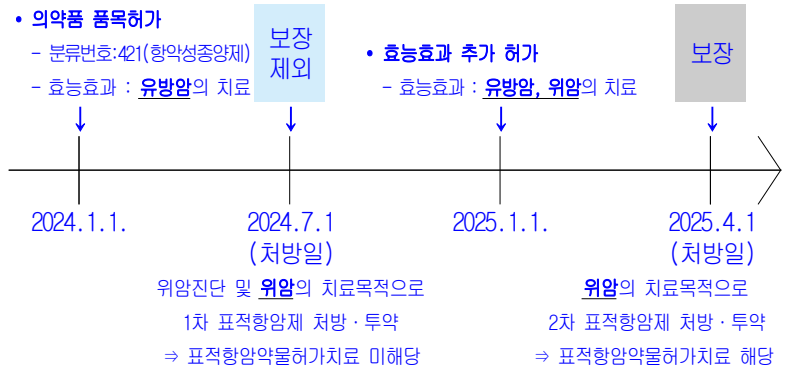
용 어 풀 이	표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



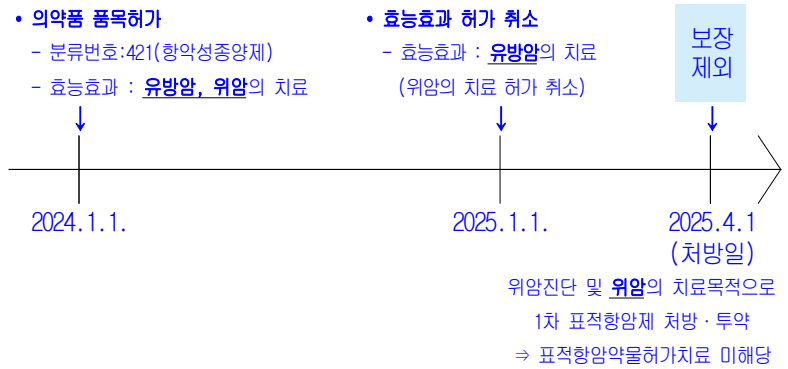
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

2 제5조("암 통합치료"의 정의) 제4항의 "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, 제14조(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 제5조("암 통합치료"의 정의) 제4항의 "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, 제15조(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 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 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암 통합치료(주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받기 위해 치료일자 예약 후 제20조(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 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다. 또한 "암 통합치료(주요치료)" 중 "암(유사암제외) 중환자실치료" 및 "유사암 중환자실치료"는 선지급 치료비 지급대상에서 제외합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암 통합치료(주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

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 총 지급액 한도는 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 알린 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암 통합치료(주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 암중점치료기관(상급종합병원 포함) 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 "암 통합치료(검사)","암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)" 및 "암 통합치료(통증완화치료)"의 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 "암 통합치료(재활치료)"의 경우 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)

제4조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표22】(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 제5항에서 정한 "기타피부암", 제6항에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제5항에서 정한 "기타피부암", 제6항에서 정한 "갑상선암", 제7항에서 정한 "제자리암" 및 제8항에서 정한 "경계성종양"을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 제1항에서 정한 "암"에서 제6항에서 정한 "갑상선암", 제9항에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병 【별표23】(제자리 신생물 분류표)을 말합니다.

8 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 【별표24】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

9 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

10 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "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 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"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	

제5조("암 통합치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암 통합치료"라 함은 "암 통합치료(검사)", "암 통합치료(주요치료)", "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)", "암 통합치료(통증완화치료)" 및 "암 통합치료(재활치료)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "암 통합치료(검사)"라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제

6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제1항에서 정한 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)"를 받은 경우
2. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제2항에서 정한 "암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제3항에서 정한 "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제4항에서 정한 "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제5항에서 정한 "암 내시경검사(급여)"를 받은 경우
6. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제6항에서 정한 "암 특정단일유전자검사(급여)"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제7항에서 정한 "암 특정생검조직병리검사(급여)"를 받은 경우
8. "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소) 제9항에서 정한 "특정NGS유전자패널검사(급여)"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "암 통합치료(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. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제7조(수술의 정의와 장소)에서 정한 "수술"을 받은 경우
2. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제7조(수술의 정의와 장소)에서 정한 "수술"을 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제8조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료"를 받은 경우
4. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제8조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
6. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
8. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제9조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 받은 경우
9. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 제10조("중환자실치료"의 정의)에서 정한 "중환자실치료"를 받은 경우
10. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 제10조("중환자실치료"의 정의)에서 정한 "중환자실치료"를 받은 경우
11. "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 제12조(항암세기조절방사선치료의 정의)에서 정한 "항암세기조절방사선치료"를 받은 경우

4 이 특별약관에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
4. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
7. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우
8. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우

5 "암 통합치료(주요치료)"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안

전성과 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 통합치료(주요치료)"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(제9조(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	

6 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

7 이 특별약관에서 "암 통합치료(통증완화치료)"라 함은 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 제17조("암특정통증완화치료(급여)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암특정통증완화치료(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

8 이 특별약관에서 "암 통합치료(재활치료)"라 함은 "암(유사암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 직접적인 목적으로 제19조("암재활치료(급여)"의 정의)에서 정한 "암재활치료(급여)"를 받은 경우를 말합니다.

9 제4항에서 "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.

10 제4항에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 비용 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

11 제4항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"은 제13조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 "다빈치로봇 암수술" 중 제9항의 "비급여" 또는 제10항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

12 제4항 제3호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"는 제14조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중 제9항의 "비급여" 또는 제10항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

13 제4항 제5호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 제15조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "특정면역항암약물허가치료" 중 제9항의 "비급여" 또는 제10항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

14 제4항 제7호 및 제8호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"는 제16조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 "항암양성자방사선치료" 중 제9항의 "비급여" 또는 제10항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

제6조("암 자기공명영상(MRI) 검사(급여)" 등의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 자기공명영상진단(MRI) "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	자기공명영상진단(MRI)검사
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사	

2 이 특별약관에 있어서 "암 양전자방출단층촬영(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(PET)검사
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법	

3 이 특별약관에 있어서 "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서

고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 전산화단층영상진단 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	전산화단층영상(CT)검사
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법	

4 이 특별약관에 있어서 "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 초음파 검사료 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	초음파(Ultrasonography)검사
인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법	

5 이 특별약관에 있어서 "암 내시경검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 급여 내시경 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	내시경검사
내시경(내장장기 또는 체강 내부를 직접 볼 수 있게 만든 의료기구)을 사용하여 신체 내부를 관찰하는 검사 방식의 총칭	

6 이 특별약관에 있어서 "암 특정단일유전자검사(급여)"라 함은 【별표115】(암 특정단일유전자검사(급여) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "암 특정생검조직병리검사(급여)"라 함은 【별표116】(암 특정생검조직병리검사(급여) 분류표)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

8 제1항 내지 제7항의 "암 자기공명영상(MRI)검사(급여)", "암 양전자방출단층촬영(PET)검사(급여)", "암 전산화단층영상(CT)검사(급여)", "암 초음파(Ultrasonography)검사(급여)", "암 내시경검사(급여)", "암 특정단일유전자검사(급여)" 및 "암 특정생검조직병리검사(급여)"는 의사에 의하여 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

9 이 특별약관에 있어서 "특정NGS유전자패널검사(급여)"라 함은 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 제2절(병리 검사료) 중 다음의 "수가코드"에 해당하는 진료행위를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level I	CB003
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level II	CB004
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	CB005
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	CB006

용 어 풀 이	차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사
차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.	

10 제9항의 "특정NGS유전자패널검사(급여)"는 "선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준" 고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 "차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관"으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

11 제1항 내지 제10항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항 내지 제7항 및 제9항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

12 제1항 내지 제10항에도 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.

제7조(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	

제8조(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.

제9조(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.

제10조("중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "암(유사암제외)" 또는 "유사암"으로 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실(【별표10】 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.

제11조("암중점치료기관(상급종합병원 포함)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"이라 함은 "상급종합병원", "국립암센터", "지역암센터" 및 "원자력병원"을 총칭합니다. 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

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

3 이 특별약관에 있어서 "국립암센터"라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

관 련 법 규	암관리법

제27조(국립암센터 설립 등)
① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)
① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

4 이 특별약관에 있어서 "지역암센터"라 함은 암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)에 따라 지역암센터로 지정된 병원을 말합니다.

관 련 법 규	암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)

① 보건복지부장관은「의료법」제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있다.

【지역암센터 지정 현황】
2026.06 기준 15개 시도 13개 지역암센터

지역암센터(병원)			
전북	전북대학교병원	강원	강원대학교병원
전남	화순전남대학교병원	충북	충북대학교병원
경남	경상국립대학교병원	제주	제주대학교병원
부산	부산대학교병원	인천	가천대학교길병원
대전	충남대학교병원	경기	아주대학교병원
대구 경북	칠곡경북대학교병원	울산	울산대학교병원
		충남	단국대학교병원

5 이 특별약관에 있어서 "원자력병원"이라 함은 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에서 정한 한국원자력의학원 원자력병원 및 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)에 따라 정한 동남권원자력의학원 원자력병원을 말합니다.

관 련 법 규	방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)
① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)
의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

관 련 법 규	한국원자력의학원 정관

제3조(소재지)
의학원은 주된 사무소를 서울특별시에 두고 필요한 곳에 분원, 부설기관, 연락사무소 등을 둘 수 있다.

제32조의2(동남권원자력의학원)
①「방사선이용법」제13조의3 및 정관 제3조에 의한 의학원의 분원으로 부산광역시 기장군에 동남권원자력의학원(이하 "동남권의학원"이라 한다)을 둔다.

제12조(항암세기조절방사선치료의 정의)
이 특별약관에 있어서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 제8조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치

료" 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.

제13조(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.

제14조(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 【별표86-1】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제9조(항암약물치료 등의 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 분

류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제15조(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 【별표86-3】(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.	

2 이 특별약관에 있어서 "특정면역항암약물허가치료"라 함은 제9조(항암약물치료 등의 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.

제16조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제8조(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.	

제17조("암특정통증완화치료(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암특정통증완화치료(급여)"라 함은 피보험자가 진단확정된 "암(유사암제외)"으로 인한 통증완화를 목적으로 "신경차단 · 파괴술(급여)" 또는 "마약성진통제(급여)치료"를 받은 경우를 말합니다.

2 제1항에서 "신경차단 · 파괴술(급여)"라 함은 【별표87】(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.

3 제1항에서 "마약성진통제(급여)치료"라 함은 "마약성진통제(급여)"를 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 "연간 30일 이상 처방"받은 경우를 말합니다.

4 제3항에서 "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 30일이상인 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.	

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침"의 개정에 따라 제1항 내지 제4항의 "수가코드" 및 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

6 제1항 내지 제4항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 또는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 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.

제18조(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) 제4항에서 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) 제4항에서 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.

제19조("암재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암재활치료(급여)"라 함은 "입원 암재활치료(급여)" 및 "통원 암재활치료(급여)"를 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암재활치료(급여)"라 함은 암 자체 또는 암 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 고시하

는 "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.

3 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제2항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제2항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제20조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 치료확인서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   (단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI), 질병분류번호를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
   가. "암 통합치료(검사)"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), "암 MRI · PET · CT · 초음파 · 내시경 · 특정단일유전자 · 특정생검조직병리 · 특정NGS유전자패널검사" 목적이 기재된 의사소견서 등 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류 등을 포함하여 제출하여야 합니다.
   나. "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"의 경우 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서를 포함하여 제출하여야 합니다.
   다. "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"의 경우 항암방사선치료기록지를 포함하여 제출하여야 합니다.
   라. "암특정통증완화치료(급여)" 중 "신경차단 · 파괴술(급여)"을 받은 경우 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재)를 포함하여 제출하여야 합니다.
   마. "암특정통증완화치료(급여)" 중 "마약성진통제(급여)"를 "연간 30일 이상 처방"받은 경우 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비용 명세서("상병명" 및 "총 투여일수" 필수기재)를 포함하여 제출하여야 합니다.
   바. "암재활치료(급여)"의 경우 진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재)를 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 제3호 내지 제5호의 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.	

제21조(특별약관의 무효)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제8항의 암통합치료보장개시일의 전일 이전에 "암(유사암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "유사암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 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 돌려드립니다.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제22조(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.

제23조(특별약관의 자동갱신)

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.

제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제8항을 적용합니다.

제25조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

265. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음)

265-1. 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음)【갱신계약】

(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 "보장항목별 대상질병"의 치료를 직접적인 목적으로 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받은 경우에는 보장항목별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 지급금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

< 보험가입금액 4천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암제외)	수술1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	100만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	100만원
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	500만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	100만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원

< 보험가입금액 8천만원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	400만원

< 보험가입금액 1억원 >

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 암수술(기타피부암및갑상선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(기타피부암및갑상선암)	연간1회한	200만원

구분	보장항목	지급방식	지급금액
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암제외)	수술1회당	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술 (갑상선암및전립선암)	수술1회당	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암및갑상선암)	연간1회한	600만원

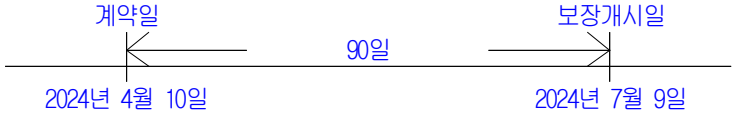
2 제1항에서 "보장항목별 대상질병"이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	보장항목	대상질병
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)	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)	
암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)	비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술(갑상선암및전립선암제외)	암(갑상선암및전립선암제외)
	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)	

3 제1항의 비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료 보험금의 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

4 제1항의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암통합치료보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 암통합치료보장개시일은 계약일로 합니다.

5 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암통합치료보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

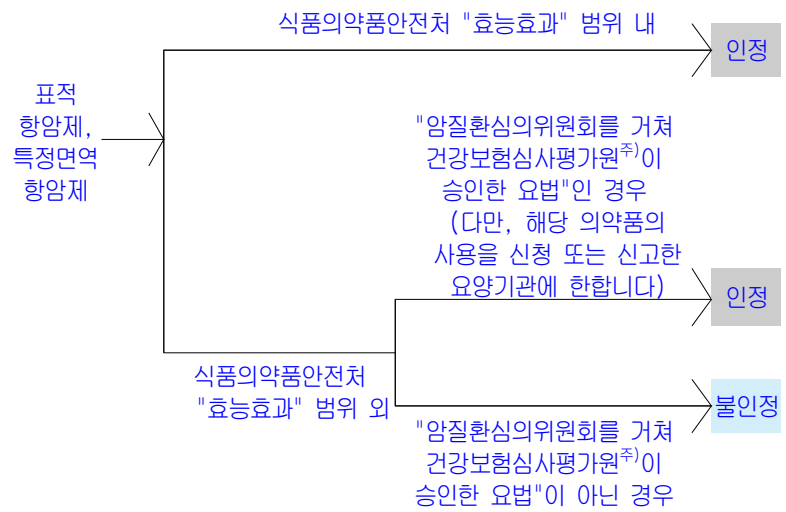
6 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암통합치료보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

7 제1항 내지 제3항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료" 및 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 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.

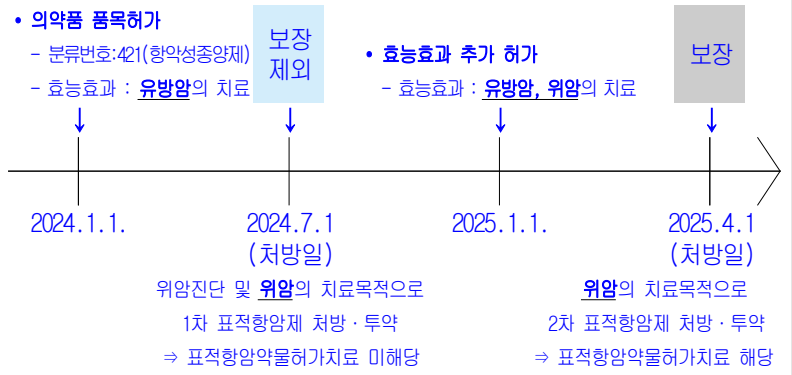
용 어 풀 이 | **표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위**



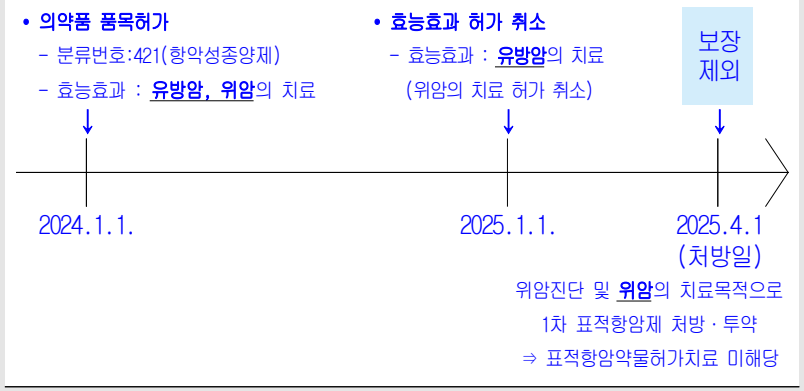
주) 향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관

2 제4조("비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료"의 정의) 제3항의 "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, 제10조(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 통합치료"의 정의) 제3항의 "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, 제11조(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 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.

제2조의1(보험금 선지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암통합치료보장개시일 이후에 "보장항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"에서 해당치료를 예약한 경우에만 지급합니다.

3 제1항의 "치료비 보험금"이란 예약된 치료일자의 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급될 것으로 계산한 보험금을 말합니다.

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 총 지급액 한도는 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 알린 시점까지의 기간 상당분으로 하며, 평균공시이율로 계산합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 또는 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 받지 않은 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
3. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
4. 암중점치료기관(상급종합병원 포함) 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 【별표22】(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 통합치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료"라 함은 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)" 및 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"를 총칭합니다.

2 이 특별약관에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
2. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"을 받은 경우
3. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
4. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"를 받은 경우
5. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받은 경우

3 이 특별약관에서 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"를 받은 경우
5. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
6. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"를 받은 경우
7. "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우
8. "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"를 받은 경우

4 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안

전성과 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 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 주요치료)"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

5 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 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 "암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함) 특정주요치료)"와 관련이 없는 각종 치료 및 검사

6 제2항 내지 제3항에서 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

7 제2항 내지 제3항에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 비용 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

8 제2항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 암수술"은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

9 제2항 제3호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료"는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

10 제2항 제5호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

11 제3항 제1호 및 제2호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 다빈치로봇 암수술"은 제9조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 "다빈치로봇 암수술" 중 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

12 제3항 제3호 및 제4호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료"는 제10조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

13 제3항 제5호 및 제6호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료"는 제11조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 "특정면역항암약물허가치료" 중 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

14 제3항 제7호 및 제8호에서 "비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료"는 제12조(항암양성자방사선치료의 정의)에서 정한 "항암양성자방사선치료" 중 제6항의 "비급여" 또는 제7항의 "전액본인부담"에 해당하는 경우를 말합니다.

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("암중점치료기관(상급종합병원 포함)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "암중점치료기관(상급종합병원 포함)"이라 함은 "상급종합병원", "국립암센터", "지역암센터" 및 "원자력병원"을 총칭합니다. 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

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	

3 이 특별약관에 있어서 "국립암센터"라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

관 련 법 규	암관리법
제27조(국립암센터 설립 등) ① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다. **제29조(부속기관의 설치)** ① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.	

4 이 특별약관에 있어서 "지역암센터"라 함은 암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)에 따라 지역암센터로 지정된 병원을 말합니다.

관 련 법 규	암관리법 제19조(지역암센터의 지정 등)

① 보건복지부장관은「의료법」제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있다.

【지역암센터 지정 현황】

2026.06 기준 15개 시도 13개 지역암센터

지역암센터(병원)			
전북	전북대학교병원	강원	강원대학교병원
전남	화순전남대학교병원	충북	충북대학교병원
경남	경상국립대학교병원	제주	제주대학교병원
부산	부산대학교병원	인천	가천대학교길병원
대전	충남대학교병원	경기	아주대학교병원
대구 경북	칠곡경북대학교병원	울산	울산대학교병원
		충남	단국대학교병원

5 이 특별약관에 있어서 "원자력병원"이라 함은 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에서 정한 한국원자력의학원 원자력병원 및 방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)에 따라 정한 동남권원자력의학원 원자력병원을 말합니다.

관 련 법 규	방사선 및 방사선동위원소 이용진흥법

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

관 련 법 규	한국원자력의학원 정관

제3조(소재지)

의학원은 주된 사무소를 서울특별시에 두고 필요한 곳에 분원, 부설기관, 연락사무소 등을 둘 수 있다.

제32조의2(동남권원자력의학원)

①「방사선이용법」제13조의3 및 정관 제3조에 의한 의학원의 분원으로 부산광역시 기장군에 동남권원자력의학원(이하 "동남권의학원"이라 한다)을 둔다.

제9조(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.

제10조(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 【별표86-1】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제7조(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.

제11조(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 【별표86-3】(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정면역항암약물허가치료"라 함은 제7조(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 말하

며, 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.

제12조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제6조(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.

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 진료수가코드(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 제3호 내지 제5호의 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 암통합치료보장개시일의 전일 이전에 "암(기타피부암및갑상선암제외)", "암(갑상선암및전립선암제외)", "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다.

제18조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제4장 상해 및 질병 관련 특별약관

제4장 상해 및 질병 관련 특별약관

상해 및 질병 관련 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 상해 및 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

1. 깁스치료비
1-1. 깁스치료비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우 이 특별약관의 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(특별약관의 자동갱신)
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.

제6조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

2. 5대장기이식수술비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 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(5대장기이식수술의 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 "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(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

3. 각막이식수술비
3-1. 각막이식수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 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(각막이식수술의 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 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)

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(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

4. 4대장애진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 장애인복지법 시행령 제2조에서 정한 장애인(시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지체장애인을 말합니다.【별표66】(4대장애 분류표(장애인 복지법 시행령 제2조 관련) 참조)이 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 4대장애진단 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 4대장애 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 4대장애진단 보험금만을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 장애인의 종류 및 기준이 "장애인복지법", "장애인복지법" 및 "장애인복지법 시행규칙" (이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애인 판정시점의 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 "법령"의 개정으로 장애인의 판정기준이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애인 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 장애인 판정기준에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

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(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 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 보험금

의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 선천적 장애
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 4대장애진단 보험금을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

5. 4대장애진단비(태아가입)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 장애인복지법 시행령 제2조에서 정한 장애인(시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지체장애인을 말합니다.【별표66】(4대장애 분류표(장애인 복지법 시행령 제2조 관련) 참조)이 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 4대장애진단 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 4대장애 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 4대장애진단 보험금만을 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)에 의한 장애인의 종류 및 기준이 "장애인복지법", "장애인복지법" 및 "장애인복지법 시행규칙" (이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애인 판정시점의 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 "법령"의 개정으로 장애인의 판정기준이 폐지 또는 변경되어 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애인 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 장애인 판정기준에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

3 보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 4대장애진단 보험금을 지급한 경우에

는 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.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

6. 추간판장애 및 관절증(엉덩, 무릎)(이차성및상세불명제외)수술비

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 추간판장애 또는 관절증(엉덩,무릎)(이하 "관절증"이라 합니다)으로 수술을 받았을 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애 및 관절증(엉덩,무릎)(이차성및상세불명 제외)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "추간판장애"이라 함은 척추의 추간판이 돌출되어 통증 및 신경 증상을 유발하는 질환으로써 【별표67】(추간판장애 분류표)에서 정한 상해 또는 질병을 말합니다.

3 제1항에서 "관절증"이라 함은 【별표68】(관절증 질환 분류표)에서 정한 상해 또는 질병을 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)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 에서 정한 사항
2. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 항목으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 기타 양쪽 이차성 고관절증(M16.6)
2. 기타 이차성 고관절증(M16.7)
3. 상세불명의 고관절증(M16.9)
4. 기타 양쪽 이차성 무릎관절증(M17.4)
5. 기타 이차성 무릎관절증(M17.5)
6. 상세불명의 무릎관절증(M17.9)

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(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 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

7. 응급실내원비(응급)

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. 이때 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 이 특별약관에 있어서 "응급실"이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의2(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" 또는 "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

· 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	응급증상에 준하는 증상

· 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

8. 응급실내원비(1급, 2급)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 응급실내원비(1급) 보장
· 응급실내원비(2급) 보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "응급실"에 내원하여 진료를 받고, 한국 응급환자 중증도 분류기준에서 정한 중증도 등급(1등급, 2등급)을 받았을 경우, 해당 등급에 따라 각 보장의 보험가입금액을 내원 1회당 응급실내원비로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 피보험자가 응급실 도착 전 사망하거나 외부에서 의료기관을 옮겨 응급실에 내원한 환자인 경우에도 해당 등급에 따라 보장합니다.

구 분	지 급 금 액
응급실내원비(1급)	응급실내원비(1급) 보장의 보험가입금액 100%
응급실내원비(2급)	응급실내원비(2급) 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항의 "한국 응급환자 중증도 분류기준"이라 함은 "응급의료에 관한 법률 시행규칙" 제18조의 3에 따라 보건복지부에서 제정 · 발령한 고시를 말합니다.

부 가 설 명	중증도 등급기준

응급실 내원환자의 중증도 등급은 분류결과에 따라 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 중증응급환자 : 중증도 분류결과 1등급 및 2등급
2. 중증응급의심환자 : 중증도 분류결과 3등급
3. 경증응급환자 및 비응급환자 : 중증도 분류결과 4등급 및 5등급

부 가 설 명	응급의료에 관한 법률 시행규칙 제18조의 3(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.
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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 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(응급실의 정의)

이 특별약관에 있어서 "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.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 판정기준이 "응급의료에 관한 법률 시행규칙" 제18조의 3에 따라 보건복지부에서 고시하는 "한국 응급환자 중증도 분류기준" (이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 응급환자의 중증도를 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 "응급환자의 중증도"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 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 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(의무기록지, 진료비계산서, 진단서, 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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

9. 기흉진단비

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 기흉으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 기흉진단비로 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(기흉의 정의 및 진단확정)에서 정한 "기흉"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(기흉의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "기흉"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표98】(기흉 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "기흉"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, 흉부X선 촬영, 흉부전산화단층촬영(CT) 혹은 흉부 방사선촬영 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사는 "기흉"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과지, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기흉진단비가 지급된 경우에는 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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

10. 기흉진단비(태아가입)

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 기흉 또는 신생아기흉으로 진단 확정된(단, 기흉 및 신생아기흉는 각각 1회 진단확정에 한합니다) 경우에는 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래의 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 기흉진단비를 지급받은 이후에 신생아기흉으로 진단확정시 신생아기흉진단비를 지급하지 않습니다.

구 분	지 급 금 액
기흉진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 100%
신생아기흉진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 20%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 기흉진단비 및 신생아기흉진단비는 보험가입금액을 한도로 합니다.

2 보험수익자와 회사가 제3조(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.

3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제5조(기흉 및 신생아기흉의 정의 및 진단확정)에서 정한 "기흉" 또는 "신생아기흉"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(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.

제5조(기흉 및 신생아기흉의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기흉" 및 "신생아기흉"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표99】(기흉 및 신생아기흉 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "기흉" 및 "신생아기흉"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, 흉부X선 촬영, 흉부 전산화단층촬영(CT) 혹은 흉부 방사선촬영 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사는 "기흉" 또는 "신생아기흉"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과지, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 기흉진단비(신생아기흉진단비 제외)가 지급된 경우에는 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

11. 희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)
11-1. 희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "산정특례대상 희귀질환"으로 진단확정되고, 그 "산정특례대상 희귀질환"을 직접적인 원인으로 "산정특례 신규등록" 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 희귀질환자 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
희귀질환자 산정특례대상보장	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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 희귀질

환자 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀질환자 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("산정특례대상 희귀질환"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "산정특례대상 희귀질환"이라 함은 【별표162】(희귀질환자 산정특례대상 분류표)에서 정한 상병코드에 해당하는 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도
국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도	

2 "산정특례대상 희귀질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

3 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

부 가 설 명	희귀질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간
- "희귀질환자 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 희귀질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. 다만, [별표4] 희귀질환 산정특례 대상의 III~V에 해당하는 경우, 공단이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 신청해야 하며, 그 중 IV~V에 해당하는 산정특례는 질병관리본부 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 합니다. - 희귀질환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다. 다만, [별표4] 희귀질환 산정특례 대상의 IV~에 해당하는 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 날부터 적용한다.	

제4조("산정특례 신규등록"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 【별표162】(희귀질환자 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

부 가 설 명	희귀질환자 산정특례 재등록
"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조(산정특례 재등록) 1 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 희귀질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다. 2 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 상세불명희귀질환자 및 기타염색체 이상 질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.	

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 희귀질환자 산정특례대상 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.
8 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서, 건강보험(희귀질환) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 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 희귀질환자산정특례대상보장보험금이 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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

12. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)
12-1. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "산정특례대상 중증난치질환(중증치매제외)"으로 진단확정되고, 그 "산정특례대상 중증난치질환(중증치매제외)"을 직접적인 원인으로 "산정특례 신규등록" 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장	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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("산정특례대상 중증난치질환(중증치매제외)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "산정특례대상 중증난치질환(중증치매제외)"이라 함은【별표163】(중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 분류표)에서 정한 상병코드에 해당하는 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도
국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도	

② "산정특례대상 중증난치질환(중증치매제외)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

부 가 설 명	중증난치질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간
- "중증난치질환자 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 중증난치질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. - 중증난치질환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.	

제4조("산정특례 신규등록"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여【별표163】(중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

부 가 설 명	중증난치질환자 산정특례 재등록
"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.	

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합

니다.
6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.
8 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서, 건강보험(중증난치질환) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 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 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장보험금이 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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

13. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)
13-1. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

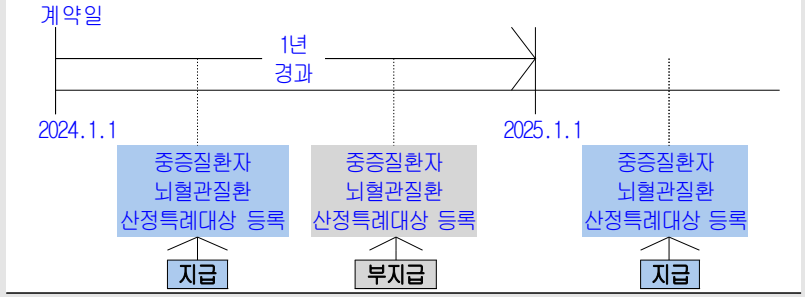
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 보험기간 중 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장보험금	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장보험금은 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

예 시	중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장 연간 1회 지급



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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"이라 함은【별표144】(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도
국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도	

2 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

부 가 설 명	중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간
· "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. · 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.	

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합

니다.
7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.
8 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

14. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)
14-1. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

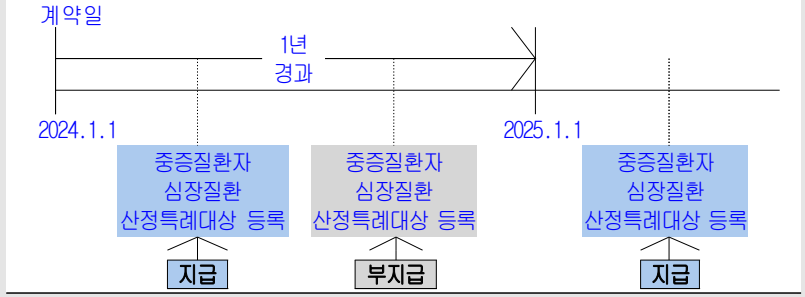
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 보험기간 중 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환자(심장) 산정특례대상보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
중증질환자(심장) 산정특례대상보장보험금	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항의 중증질환자(심장) 산정특례대상보장보험금은 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

예 시	중증질환자(심장) 산정특례대상보장 연간 1회 지급



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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증질환자 심장질환 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(심장) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("중증질환자 심장질환 산정특례대상"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"이라 함은【별표145】(중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

용 어 풀 이	본인일부부담금 산정특례 제도
국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도	

2 제1항에도 불구하고, "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

부 가 설 명	중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간
· "중증질환자 심장질환 산정특례 대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. · 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일(단, 복잡 선천성 심기형질환자 또는 심장이식술을 받은 경우 최대 60일)간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.	

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제도의 변경으로 "중증질환자 심장질환 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립

액 등의 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 등을 지급합니다.
8 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 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)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.
2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

15-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)
15-2. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)

제2조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)

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

제3조(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 제공할수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 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 호의어느 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 현저히곤란하다고 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"이란 병원, 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.

제4조(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 제3조(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.	

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 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

15-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관" 제3조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 180일초과 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

예 시	간호간병통합서비스 상해입원일당 계산
· 보험계약일(보장개시일) : 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 7만원 · 입원기간 및 간호간병통합서비스 사용일 예시 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 10월 31일 - 간호간병통합서비스 사용일 및 사용금액 2024년 4월 10일 ~ 10월 21일 : 총 사용일수 195일 → 7만원 × 15일(195일 - 180일) = 105만원 지급	

2 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 185일을 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 "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관" 제2조("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 "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관" 제2조("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 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관" 제2조("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(입원의 정의와 장소)

1 이 보장에 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, "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관" 제2조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관"을 따릅니다.

15-2. 간호간병통합서비스 질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관" 제3조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 180일초과 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

예 시	간호간병통합서비스 질병입원일당 계산
· 보험계약일(보장개시일) : 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 7만원 · 입원기간 및 간호간병통합서비스 사용일 예시 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 10월 31일 - 간호간병통합서비스 사용일 및 사용금액 2024년 4월 10일 ~ 10월 21일 : 총 사용일수 195일 → 7만원 × 15일(195일 - 180일) = 105만원 지급	

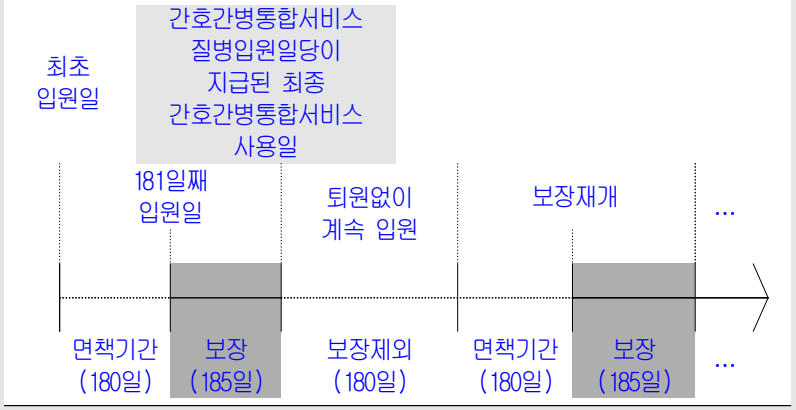
2 제1항의 간호간병통합서비스 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고한도로 합니다.

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 "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관" 제2조("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 "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관" 제2조("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 "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관" 제2조("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(입원의 정의와 장소)

1 이 보장에 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, "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관" 제2조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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

제5조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은 "15. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) 특별약관"을 따릅니다.

16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보장의 범위)
이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

16-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】
16-2. 간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】

제2조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)
이 특별약관에 있어서 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제3조(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 제공할수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 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 호의어느 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 현저히곤란하다고 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"이란 병원, 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.

제4조(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 제3조(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.

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 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

16-1. 간호간병통합서비스 상해입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관" 제3조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 180일초과 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

예 시	간호간병통합서비스 상해입원일당 계산

· 보험계약일(보장개시일) : 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 7만원
· 입원기간 및 간호간병통합서비스 사용일 예시
- 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 10월 31일
- 간호간병통합서비스 사용일 및 사용금액
2024년 4월 10일 ~ 10월 21일 : 총 사용일수 195일
→ 7만원 × 15일(195일 - 180일) = 105만원 지급

2 제1항의 간호간병통합서비스 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 185일을 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 "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관" 제2조("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 "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관" 제2조("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 상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관" 제2조("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(입원의 정의와 장소)

1 이 보장에 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, "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관" 제2조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(보장의 자동갱신)

1 이 보장의 【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.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관"을 따릅니다.

16-2. 간호간병통합서비스 질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원("요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 제외)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관" 제3조(간호간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호간병통합서비스을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 180일초과 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간호간병통합서비스 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

예 시	간호간병통합서비스 질병입원일당 계산
· 보험계약일(보장개시일) : 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 7만원 · 입원기간 및 간호간병통합서비스 사용일 예시 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 10월 31일 - 간호간병통합서비스 사용일 및 사용금액 2024년 4월 10일 ~ 10월 21일 : 총 사용일수 195일 → 7만원 × 15일(195일 - 180일) = 105만원 지급	

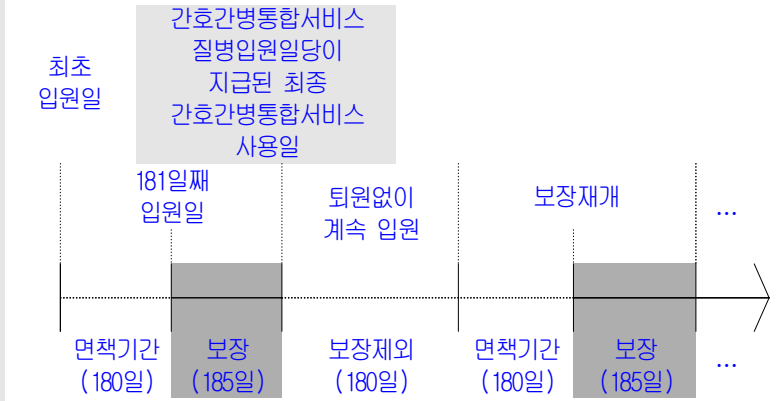
2 제1항의 간호간병통합서비스 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고한도로 합니다.

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 "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관" 제2조("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 "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관" 제2조("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 "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관" 제2조("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(입원의 정의와 장소)

1 이 보장에 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, "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관" 제2조("요양병원, 정신병원 또는 한방병원"의 정의)에서 정한 "요양병원, 정신병원 또는 한방병원" 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(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

제5조(보장의 자동갱신)

1 이 보장의 【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.

제6조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 "16. 간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 특별약관"을 따릅니다.

17. 독감(인플루엔자)응급실내원비(응급)(10일면책)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 독감의 보장개시일(이하 독감보장개시일이라 합니다) 이후에 "응급환자"에 해당되어 "응급실"에 내원하여 "독감(인플루엔자)"으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 내원 1회당 독감응급실내원비(응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 피보험자가 응급실 도착 전 사망하거나 외부에서 의료기관을 옮겨 응급실에 내원한 환자인 경우에도 보장합니다.

2 제1항에서 독감보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 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 있습

니다. 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" 또는 "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

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(독감(인플루엔자)의 정의)

1 "독감(인플루엔자)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표97】(독감(인플루엔자) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항에서 "독감(인플루엔자)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제

외) 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.

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(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

18. 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비
18-1. 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 장기수혜자로서 "3대(간,폐,신장) 장기이식수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비	이 특별약관의 보험가입금액 50%	이 특별약관의 보험가입금액 100%	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 지급금액은 이 특별약관의 보험가입금액으로 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("3대(간,폐,신장) 장기이식수술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "3대(간,폐,신장) 장기이식수술"이라 함은 "장기 등 이식에 관한 법률"에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 3대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

2 제1항의 "3대장기"란 간장, 신장 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 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(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대(간,폐,신장) 장기이식수술비가 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 상해 및 질병 관련 일반조항을 따릅니다.

2 상해 및 질병 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제5장 4대Care 관련 특별약관

제5장 4대Care 관련 특별약관

4대Care 관련 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 상해 및 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

1. 마음성장(ADHD(활동성 및 주의력 장애)진단비【예약】)

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 ADHD(활동성 및 주의력 장애)로 진단이 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 ADHD(활동성 및 주의력 장애)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 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(ADHD(활동성 및 주의력 장애)의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 "ADHD(활동성 및 주의력 장애)"라 함은 【별표59】(활동성 및 주의력 장애 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② "ADHD(활동성 및 주의력 장애)"의 진단확정은 다음의 두 가지 요건을 충족하는 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "ADHD(활동성 및 주의력 장애)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
1. "ADHD(활동성 및 주의력 장애)"의 진단확정은 정신건강의학과의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 함
2. 제1호의 진단은 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)를 기초로 하여야 함

제4조(특별약관의 무효)
회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 ADHD(활동성 및 주의력 장애)진단비를 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)
① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.
② 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

2. 마음성장(신경성식욕부진·폭식증진단비【예약】)

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 "신경성 식욕부진" 또는 "신경성 폭식증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 신경성식욕부진·폭식증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 11세 계약해당일로 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(신경성 식욕부진의 정의 및 진단확정)에서 정한 "신경성 식욕부진" 또는 제4조(신경성 폭식증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "신경성 폭식증"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(신경성 식욕부진의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "신경성 식욕부진"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표134】(신경성식욕부진 · 폭식증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "신경성 식욕부진"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "신경성 식욕부진"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(신경성 폭식증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "신경성 폭식증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표134】(신경성식욕부진 · 폭식증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "신경성 폭식증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "신경성 폭식증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 신경성식욕부진 · 폭식증진단비를 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.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

3. 마음성장(중증틱장애진단비)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중증틱장애"로 진단이 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증틱장애진단비로 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(중증틱장애의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "중증틱장애"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표94】(중증틱장애 분류표)에서 정한 질병을 말하며, 다양한 "운동틱장애" 및 "음성틱장애"를 모두 나타내며(단, 반드시 동시에 나타나는 것은 아님) 전체 유병기간이 1년 이상 지속되는 경우를 말합니다.

예 시	"중증틱장애"의 세부 정의

"중증틱장애"는 다음 제1항 또는 제2항의 특징을 보여야 합니다.

1. 가호 내지 다호를 동시에 만족하는 경우
   가. 첫 번째 틱이 운동틱으로 발현되어 1년 이상 지속
   나. 첫 번째와 다른 종류의 운동틱 발생
   다. 음성틱 발생
2. 가호 내지 나호를 동시에 만족하는 경우
   가. 첫 번째 틱이 음성틱으로 발현되어 1년 이상 지속
   나. 서로 다른 종류의 운동틱이 2가지 이상 발생

2 제1항에서 "운동틱장애"라 함은 얼굴 찡그리기, 눈 깜빡임, 어깨 으쓱댐, 코 킁킁거림, 기침하기 등 행동의 반복을 보이거나 몸 냄새 맡기, 손을 흔들거나 발로 차는 동작 등 통합적이며 목적을 가진 행동과 같은 증상을 말합니다.

3 제1항에서 "음성틱장애"라 함은 저속한 언어를 말하는 외설증, 말을 따라하는 방향 언어 등의 증상을 보이는 경우를 말합니다.

4 "중증틱장애"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "중증틱장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증틱장애진단비 보험금을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

3-1. 마음성장(중증틱장애진단비【예약】)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "중증틱장애"로 진단이 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증틱장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일로 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(중증틱장애의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "중증틱장애"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표94】(중증틱장애 분류표)에서 정한 질병을 말하며, 다양한 "운동틱장애" 및 "음성틱장애"를 모두 나타내며(단, 반드시 동시에 나타나는 것은 아님) 전체 유병기간이 1년 이상 지속되는 경우를 말합니다.

예 시	"중증틱장애"의 세부 정의

"중증틱장애"는 다음 제1항 또는 제2항의 특징을 보여야 합니다.

1. 가호 내지 다호를 동시에 만족하는 경우
   가. 첫 번째 틱이 운동틱으로 발현되어 1년 이상 지속
   나. 첫 번째와 다른 종류의 운동틱 발생
   다. 음성틱 발생
2. 가호 내지 나호를 동시에 만족하는 경우
   가. 첫 번째 틱이 음성틱으로 발현되어 1년 이상 지속
   나. 서로 다른 종류의 운동틱이 2가지 이상 발생

2 제1항에서 "운동틱장애"라 함은 얼굴 찡그리기, 눈 깜빡임, 어깨 으쓱댐, 코 킁킁거림, 기침하기 등 행동의 반복을 보이거나 몸 냄새 맡기, 손을 흔들거나 발로 차는 동작 등 통합적이며 목적을 가진 행동과 같은 증상을 말합니다.

3 제1항에서 "음성틱장애"라 함은 저속한 언어를 말하는 외설증, 말을 따라하는 방향 언어 등의 증상을 보이는 경우를 말합니다.

4 "중증틱장애"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "중증틱장애"의 조사나 확인을

위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 중증틱장애진단비 보험금을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

4. 마음성장(성장기언어및행동발달특정장애진단비【예약】)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 "성장기언어및행동발달특정장애"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성장기언어및행동발달특정장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 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(성장기언어및행동발달특정장애의 정의 및 진단확정)에서 정한 "성장기언어및행동발달특정장애"를 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(성장기언어및행동발달특정장애의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "성장기언어및행동발달특정장애"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표122】(성장기언어및행동발달특정장애 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "성장기언어및행동발달특정장애"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "성장기언어및행동발달특정장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 성장기언어및행동발달특정장애진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

5. 신체성장(성조숙증진단비)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 성조숙증으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 성조숙증진단비로 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(성조숙증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "성조숙증"이라 함은 【별표63】(성조숙증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "성조숙증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 증상과 함께 호르몬검사 등 관련 검사에서 이상이 확인된 때를 말합니다. 또한, 회사가 "성조숙증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 약물복용

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성조숙증진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

5-1. 신체성장(성조숙증진단비【예약】)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 성조숙증으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 성조숙증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일로 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(성조숙증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "성조숙증"이라 함은 【별표63】(성조숙증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "성조숙증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 증상과 함께 호르몬검사 등 관련 검

사에서 이상이 확인된 때를 말합니다. 또한, 회사가 "성조숙증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 약물복용

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 성조숙증진단비를 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.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

6. 신체성장(성조숙증Ⅱ약제치료비(급여, 연간1회한))

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "성조숙증Ⅱ"으로 진단이 확정되고 그 "성조숙증Ⅱ"의 치료를 직접적인 목적으로 "성조숙증Ⅱ약제치료(급여)"를 받은 때에 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성조숙증Ⅱ약제치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 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("성조숙증Ⅱ" 및 "성조숙증Ⅱ약제치료(급여)" 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "성조숙증Ⅱ"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표140】(성조숙증Ⅱ 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "성조숙증Ⅱ"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 증상과 함께 호르몬검사 등 관련 검사에서 이상이 확인된 때를 말합니다. 또한 회사가 "성조숙증Ⅱ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 이 특별약관에서 "성조숙증Ⅱ약제치료(급여)"라 함은 "의사"가 제1항의 "성조숙증Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 【별표141】(성조숙증Ⅱ약제치료(급여) 분류표)에서 정한 "약제 주성분코드"에 해당되는 약물을 처방하여 치료하는 것을 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 다만, 급여대상 약제를 전액본인부담 또는 비급여로 투여시에는 보장에서 제외합니다.

4 제3항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "약제급여목록 및 급여상한금액표"의 개정에 따라 제3항의 "약제 주성분코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제3항 내지 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "성조숙증Ⅱ약제치료(급여)"외에 추가로 【별표141】(성조숙증Ⅱ약제치료(급여) 분류표)에 해당하는 약

제치료가 있는 경우에는 그 약제치료도 포함하는 것으로 합니다.

용 어 풀 이	성조숙증II약제치료(급여)

· 성조숙증II약제치료(급여)는 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)"에서 정한 중추성사춘기조발증 급여 인정기준에 모두 해당되어 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

1. 이차성징성숙도(Tanner stage) 2이상이면서 골연령이 해당 역연령보다 증가된 경우
2. GnRH(생식샘자극호르몬분비호르몬) 자극검사에서 황체형성호르몬(LH)이 기저치의 2-3배 증가되면서 최고 농도는 5IU/L이상인 경우

※ 상기 급여 인정기준은 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)" 2021년 7월 기준이며, 해당 규정이 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

용 어 풀 이	약제 주성분코드 안내

· 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)의 의료정보 내 의약품통합정보에서 처방된 의약품명 등 약물정보를 검색하시면 확인하실 수 있습니다.

· 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서("성조숙증II약제치료(급여)" 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사 소견서, 호르몬검사결과지, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

6-1. 신체성장(성조숙증II약제치료비(급여, 연간1회한)【예약】)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제3항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "성조숙증II"으로 진단이 확정되고 그 "성조숙증II"의 치료를 직접적인 목적으로 "성조숙증II약제치료(급여)"를 받은 때에 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성조숙증II약제치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

3 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일로 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("성조숙증II" 및 "성조숙증II약제치료(급여)" 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "성조숙증II"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표140】(성조숙증II 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "성조숙증II"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 증상과 함께 호르몬검사 등 관련 검사에서 이상이 확인된 때를 말합니다. 또한 회사가 "성조숙증II"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는

피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 이 특별약관에서 "성조숙증Ⅱ약제치료(급여)"라 함은 "의사"가 제1항의 "성조숙증Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 【별표141】(성조숙증Ⅱ약제치료(급여) 분류표)에서 정한 "약제 주성분코드"에 해당되는 약물을 처방하여 치료하는 것을 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 다만, 급여대상 약제를 전액본인부담 또는 비급여로 투여시에는 보장에서 제외합니다.

4 제3항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "약제급여목록 및 급여상한금액표"의 개정에 따라 제3항의 "약제 주성분코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

5 제3항 내지 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "성조숙증Ⅱ약제치료(급여)"외에 추가로 【별표141】(성조숙증Ⅱ약제치료(급여) 분류표)에 해당하는 약제치료가 있는 경우에는 그 약제치료도 포함하는 것으로 합니다.

용 어 풀 이	성조숙증Ⅱ약제치료(급여)

· 성조숙증Ⅱ약제치료(급여)는 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)"에서 정한 중추성사춘기조발증 급여 인정기준에 모두 해당되어 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

1. 이차성징성숙도(Tanner stage) 2이상이면서 골연령이 해당 역연령보다 증가된 경우
2. GnRH(생식샘자극호르몬분비호르몬) 자극검사에서 황체형성호르몬(LH)이 기저치의 2-3배 증가되면서 최고 농도는 5IU/L이상인 경우

※ 상기 급여 인정기준은 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)" 2021년 7월 기준이며, 해당 규정이 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

용 어 풀 이	약제 주성분코드 안내

· 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)의 의료정보 내 의약품통합정보에서 처방된 의약품명 등 약물정보를 검색하시면 확인하실 수 있습니다.

· 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서("성조숙증Ⅱ약제치료(급여)" 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사 소견서, 호르몬검사결과지, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

7. 신체성장(베일리영유아발달검사지원비(급여, 연간1회한))

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "베일리영유아발달검사(급여)"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 베일리영유

아발달검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(베일리영유아발달검사(급여)의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "베일리영유아발달검사(급여)"라 함은 【별표135】(베일리영유아발달검사(급여) 분류표)에서 정한 베일리영유아발달검사 대상 "수가코드"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
2 제1항의 "베일리영유아발달검사(급여)"는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사는 제외합니다. 이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "베일리영유아발달검사(급여)"가 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 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "베일리영유아발달검사(급여)"이외에 추가로 【별표135】(베일리영유아발달검사(급여) 분류표)에 해당하는 의료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 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.	

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.
2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

8. 신체성장(소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약, 예약】)
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제3항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌하수체기능저하 중 소아성장호르몬 결핍증(이하 "소아성장호르몬결핍증"라 합니다)으로 진단확정되고 그 "소아성장호르몬결핍증"의 치료를 직접적인 목적으로 "성장호르몬제치료(급여)"를 받은 때에 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 소아성장호르몬결핍증치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에서 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지

기간을 의미합니다.
3 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 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("소아성장호르몬결핍증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "소아성장호르몬결핍증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표138】(소아성장호르몬결핍증 분류표)에서 정한 질병 중 "소아성장 호르몬 결핍증"에 해당되는 질병을 말합니다.

2 "소아성장호르몬결핍증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 신체검사, X-선 촬영, 혈액검사, 유전자 검사, 영상검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 기록 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "소아성장호르몬결핍증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조("성장호르몬제치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "성장호르몬제치료(급여)"라 함은 "의사"가 제3조 제1항의 "소아성장호르몬결핍증" 의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 의약품분류번호 "241(뇌하수체호르몬제)"에 해당하는 약품 중 "Somatropin 주사제(성장호르몬제)" 또는 "Somatropin 서방형주사제(성장호르몬제)"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 다만, 급여대상 약제를 전액본인부담 또는 비급여로 투여시에는 보장에서 제외합니다.

2 제1항의 "Somatropin 주사제(성장호르몬제)" 또는 "Somatropin 서방형주사제(성장호르몬제)"는 유전자재조합 기술을 이용하여 사람의 성장호르몬과 유사하게 작용하는 치료제로 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)"에서 정한 "소아성장호르몬결핍증으로 인한 성장호르몬제 급여 인정기준"에 모두 해당되어 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

3 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)" 및 "약제급여목록 및 급여상한금액표"의 개정에 따라 "성장호르몬제치료(급여)"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "성장호르몬제치료(급여)"외에 추가로 "성장호르몬제치료(급여)"에 해당하는 약제치료가 있는 경우에는 그 약제치료도 포함하는 것으로 합니다.

용 어 풀 이	"소아성장호르몬결핍증"으로 인한 성장호르몬제 급여 인정기준

· 투여대상(아래에 모두 해당는 경우)
1. 해당 역연령의 3퍼센타일 이하의 신장
2. 2가지 이상 성장호르몬 유발검사로 확진
3. 해당 역연령보다 골연령이 감소

· 투여용량
1. "Somatropin 주사제"의 경우 : 주당 0.5~0.71IU/kg
2. "Somatropin 서방형주사제"의 경우 : 주당 0.5mg/kg

· 투여기간
: 역연령 만2세 이후부터 골단이 닫히기 전까지 투여하나 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의 경우 15-16세 범위 내에서 급여로 인정함 (동 범주 내에 포함되지만 현재 신장이 여자의 경우 153㎝, 남자의 경우 165㎝ 초과되는 자는 전액 본인 부담으로 급여로 인정되지 않음)

· 성장호르몬제를 투여할 수 있는 요양기관 조건
1. 반드시 소아과 전문의 또는 내분비학을 전공한 내과 전문의 상근
2. 성장호르몬제 투여에 관련된 여러 가지 검사(예: 성장호르몬 유발검사 및 염색체검사 등)를 실시할 수 있는 인력, 시설 및 장비를 갖추고 자체 검사하여 진단·처방
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 최초 진단·처방한 요양기관에서 추적관리하면서 약제처방만 의원에서 받는 경우는 인정

※ 상기 급여 인정기준은 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)" 2021년 7월 기준이며, 해당 규정이 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서 또는 의사 소견서("성장호르몬제치료(급여)" 처방여부 및 의약품명 필수 기재), 호르몬검사결과지, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인

이 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)

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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

9. 마음건강(성장기특정정신질환진단비(연간1회한))

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 성장기특정정신질환으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성장기특정정신질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(성장기특정정신질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "성장기특정정신질환"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)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(성장기특정정신질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "성장기특정정신질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표96】(특정정신질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "성장기특정정신질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 작성된 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "성장기특정정신질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사 결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

10. 마음건강(심한정신장애진단비)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 "장애의 정도가 심한 정신장애인"으로 등록된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심한정신장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병이 발생하였으나,

피보험자의 장애 상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝난 경우에는 상해 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부의 "장애정도판정기준"에서 정한 "장애판정시기"에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장애상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내

2 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 "장애정도판정기준"이 장애인 복지법 및 장애인 복지법 시행규칙(이하 "관련법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 "관련법령"의 개정으로 "장애정도판정기준"이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 장애등급 판정기준에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

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(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사항으로 인하여 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 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(장애의 정도가 심한 정신장애인의 정의)

이 특별약관에서 "장애의 정도가 심한 정신장애인"이라 함은 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 정신장애인(【별표127】(장애의 종류 및 기준에 따른 장애인 분류표) 참조)으로 장애인복지법 제32조(장애인등록)의 등록절차에 따라 등록되고, 장애인복지법 시행규칙 제2조 및 별표1 장애인의 장애 정도에서 정한 "장애의 정도가 심한장애인"(【별표128】(장애의 정도가 심한 장애인 분류표) 참조)으로 판정받은 경우를 말합니다.

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)
3. 장애인 등록증
4. 장애 정도 심사용 진단서(장애의 원인 확인이 필요한 경우)
5. 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)
6. 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.	

3 제1항 제3호의 장애인 등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.
4 제1항 제4호의 장애 정도 심사용 진단서는 장애인복지법 시행규칙 [별지 제3호] 서식의 진단서로 장애 진단을 의뢰받은 의료기관이 발급한 진단서를 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심한정신장애진단비가 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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.
2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

11. 마음건강(성장기자폐증진단비)

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 "성장기자폐증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성장기자폐증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 보험수익자와 회사가 제3조(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 제5조(성장기자폐증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "성장기자폐증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(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.

제5조(성장기자폐증의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "성장기자폐증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표123】(성장기자폐증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "성장기자폐증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "성장기자폐증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 성장기자폐증진단비를 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.

제7조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.
2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

12. 마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방))

정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)는 정신건강의학과 전문의 이외의 의사(치과의사 및 한의사 포함)에 의해 진단이 확정된 경우 또는 정신건강의학과 이외의 진료과에서 "정신질환치료제"를 처방받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 "정신질환Ⅰ"으로 진단확정되고 진단일로부터 1년 이내에 "정신질환Ⅰ"의 직접적인 치료를 목적으로 "정신질환치료제"를 "90일 이상의 기간 동안" 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보험기간 중 "정신질환Ⅰ"으로 진단 확정되고, 보험기간 중 제3조(정신질환Ⅰ 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 일부만 충족한 상태에서 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 이후에 제3조(정신질환Ⅰ 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

예 시 | **정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방) 지급 예시**

· 보험계약일 : 2024년 1월 1일



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.

3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(정신질환Ⅰ 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "정신질환Ⅰ"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(정신질환Ⅰ 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "정신질환Ⅰ"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표124】(정신질환Ⅰ 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "정신질환Ⅰ"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격

증을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 작성된 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "정신질환Ⅰ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

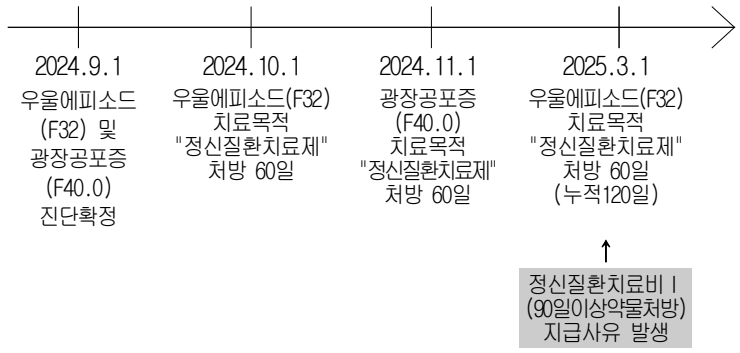
3 이 특별약관에서 "정신질환치료제"라 함은 "의사"가 제1항의 "정신질환Ⅰ"의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 의약품분류번호 "100(신경계 감각기관용 의약품)"에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이때, "의약품 등 분류번호에 관한 규정" 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 "신경계 감각기관용 의약품"에 준하는 분류번호를 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "90일 이상의 기간 동안"이라 함은 "정신질환Ⅰ" 진단확정 이후 "정신질환치료제"의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 "정신질환치료제"를 투여한 경우에도 처방일수를 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 "의사"에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

5 제4항의 처방일수 합산시 【별표124】(정신질환Ⅰ 분류표)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 "정신질환치료제"를 처방받은 날로 합니다.

6 두 가지 이상의 "정신질환Ⅰ"을 진단받은 경우 【별표124】(정신질환Ⅰ 분류표)를 기준으로 분류번호별로 처방일수를 합산하며, 합산된 처방일수가 가장 큰 "정신질환Ⅰ"을 기준으로 "정신질환치료제" 처방일수가 90일 이상인 경우 보험금을 지급합니다.

예 시	"정신질환치료제" 처방 예시



제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, "정신질환치료제" 처방여부 및 처방일수를 확인할 수 있는 서류(진료확인서, 소견서, 진료비세부내역서 등), 진료기록부, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

3 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 정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)가 지급된 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

12-1. 마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)【예약】)

정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)는 정신건강의학과 전문의 이외의 의사(치과의사 및 한의사 포함)에 의해 진단이 확정된 경우 또는 정신건강의학과 이외의 진료과에서 "정신질환치료제"를 처방받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중 정신건강의학과 전문의에 의해 "정신질환Ⅰ"으로 진단확정되고 진단일로부터 1년 이내에 "정신질환Ⅰ"의 직접적인 치료를 목적으로 "정신질환치료제"를 "90일 이상의 기간 동안" 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보험기간 중 "정신질환Ⅰ"으로 진단 확정되고, 보험기간 중 제3조(정신질환Ⅰ 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 일부만 충족한 상태에서 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 이후에 제3조(정신질환Ⅰ 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

예 시 | **정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방) 지급 예시**

· 보험계약일 : 2024년 1월 1일



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.

3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(정신질환Ⅰ 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "정신질환Ⅰ"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(정신질환Ⅰ 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "정신질환Ⅰ"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표124】(정신질환Ⅰ 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "정신질환Ⅰ"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격

증을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 작성된 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "정신질환Ⅰ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

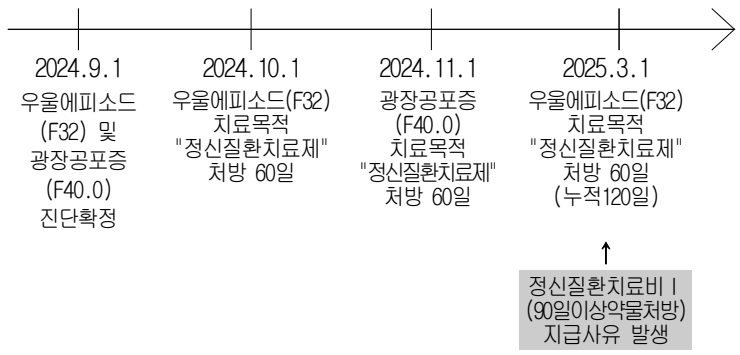
3 이 특별약관에서 "정신질환치료제"라 함은 "의사"가 제1항의 "정신질환Ⅰ"의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 의약품분류번호 "100(신경계 감각기관용 의약품)"에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이때, "의약품 등 분류번호에 관한 규정" 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 "신경계 감각기관용 의약품"에 준하는 분류번호를 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "90일 이상의 기간 동안"이라 함은 "정신질환Ⅰ" 진단확정 이후 "정신질환치료제"의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 "정신질환치료제"를 투여한 경우에도 처방일수를 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 "의사"에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

5 제4항의 처방일수 합산시 【별표124】(정신질환Ⅰ 분류표)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 "정신질환치료제"를 처방받은 날로 합니다.

6 두 가지 이상의 "정신질환Ⅰ"을 진단받은 경우 【별표124】(정신질환Ⅰ 분류표)를 기준으로 분류번호별로 처방일수를 합산하며, 합산된 처방일수가 가장 큰 "정신질환Ⅰ"을 기준으로 "정신질환치료제" 처방일수가 90일 이상인 경우 보험금을 지급합니다.

예 시	"정신질환치료제" 처방 예시



제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, "정신질환치료제" 처방여부 및 처방일수를 확인할 수 있는 서류(진료확인서, 소견서, 진료비세부내역서 등), 진료기록부, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

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

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)가 지급된 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.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

13. 마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방))

정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)는 정신건강의학과 전문의 이외의 의사(치과의사 및 한의사 포함)에 의해 진단이 확정된 경우 또는 정신건강의학과 이외의 진료과에서 "정신질환치료제"를 처방받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 "정신질환Ⅱ"으로 진단확정되고 진단일로부터 1년 이내에 "정신질환Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 "정신질환치료제"를 "90일 이상의 기간 동안" 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보험기간 중 "정신질환Ⅱ"으로 진단 확정되고, 보험기간 중 제3조(정신질환Ⅱ 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 일부만 충족한 상태에서 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 이후에 제3조(정신질환Ⅱ 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

예 시 | 정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방) 지급 예시

· 보험계약일 : 2024년 1월 1일



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.

3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(정신질환Ⅱ 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "정신질환Ⅱ"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(정신질환Ⅱ 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "정신질환Ⅱ"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표125】(정신질환Ⅱ 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "정신질환Ⅱ"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격

증을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 작성된 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "정신질환II"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

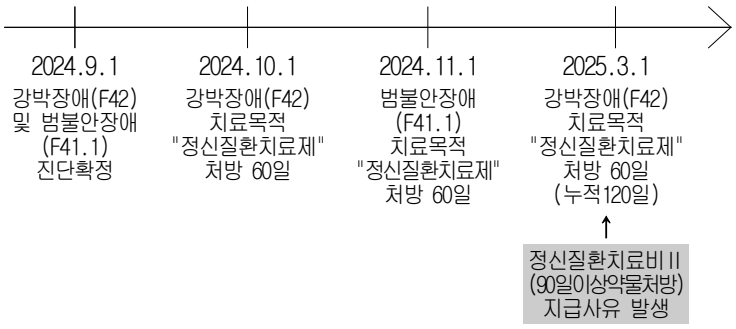
3 이 특별약관에서 "정신질환치료제"라 함은 "의사"가 제1항의 "정신질환II"의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 의약품분류번호 "100(신경계 감각기관용 의약품)"에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이때, "의약품 등 분류번호에 관한 규정" 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 "신경계 감각기관용 의약품"에 준하는 분류번호를 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "90일 이상의 기간 동안"이라 함은 "정신질환II" 진단확정 이후 "정신질환치료제"의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 "정신질환치료제"를 투여한 경우에도 처방일수를 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 "의사"에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

5 제4항의 처방일수 합산시 【별표125】(정신질환II 분류표)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 "정신질환치료제"를 처방받은 날로 합니다.

6 두 가지 이상의 "정신질환II"을 진단받은 경우 【별표125】(정신질환II 분류표)를 기준으로 분류번호별로 처방일수를 합산하며, 합산된 처방일수가 가장 큰 "정신질환II"을 기준으로 "정신질환치료제" 처방일수가 90일 이상인 경우 보험금을 지급합니다.

예 시	"정신질환치료제" 처방 예시



제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, "정신질환치료제" 처방여부 및 처방일수를 확인할 수 있는 서류(진료확인서, 소견서, 진료비세부내역서 등), 진료기록부, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

3 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 정신질환치료비II(90일이상약물처방)가 지급된 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

13-1. 마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)【예약】)

정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)는 정신건강의학과 전문의 이외의 의사(치과의사 및 한의사 포함)에 의해 진단이 확정된 경우 또는 정신건강의학과 이외의 진료과에서 "정신질환치료제"를 처방받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중 정신건강의학과 전문의에 의해 "정신질환Ⅱ"으로 진단확정되고 진단일로부터 1년 이내에 "정신질환Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 "정신질환치료제"를 "90일 이상의 기간 동안" 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보험기간 중 "정신질환Ⅱ"으로 진단 확정되고, 보험기간 중 제3조(정신질환Ⅱ 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 일부만 충족한 상태에서 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 이후에 제3조(정신질환Ⅱ 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

예 시 | **정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방) 지급 예시**

· 보험계약일 : 2024년 1월 1일



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.

3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(정신질환Ⅱ 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "정신질환Ⅱ"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(정신질환Ⅱ 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "정신질환Ⅱ"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표125】(정신질환Ⅱ 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "정신질환Ⅱ"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격

증을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 작성된 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "정신질환Ⅱ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

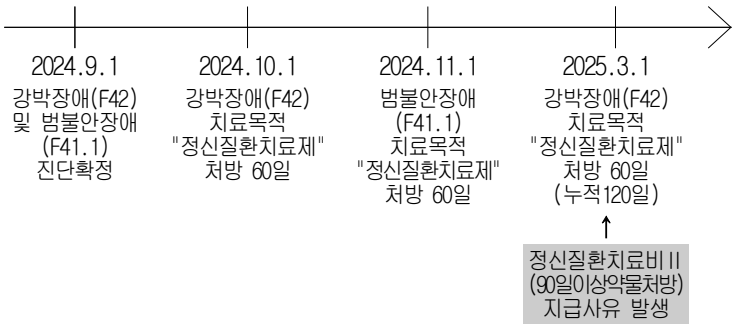
3 이 특별약관에서 "정신질환치료제"라 함은 "의사"가 제1항의 "정신질환Ⅱ"의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 의약품분류번호 "100(신경계 감각기관용 의약품)"에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이때, "의약품 등 분류번호에 관한 규정" 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 "신경계 감각기관용 의약품"에 준하는 분류번호를 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "90일 이상의 기간 동안"이라 함은 "정신질환Ⅱ" 진단확정 이후 "정신질환치료제"의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 "정신질환치료제"를 투여한 경우에도 처방일수를 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 "의사"에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

5 제4항의 처방일수 합산시 【별표125】(정신질환Ⅱ 분류표)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 "정신질환치료제"를 처방받은 날로 합니다.

6 두 가지 이상의 "정신질환Ⅱ"을 진단받은 경우 【별표125】(정신질환Ⅱ 분류표)를 기준으로 분류번호별로 처방일수를 합산하며, 합산된 처방일수가 가장 큰 "정신질환Ⅱ"을 기준으로 "정신질환치료제" 처방일수가 90일 이상인 경우 보험금을 지급합니다.

예 시	"정신질환치료제" 처방 예시



제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, "정신질환치료제" 처방여부 및 처방일수를 확인할 수 있는 서류(진료확인서, 소견서, 진료비세부내역서 등), 진료기록부, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

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

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)가 지급된 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.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

14. 마음건강(정신질환치료비III(90일이상약물처방))

정신질환치료비III(90일이상약물처방)는 정신건강의학과 전문의 이외의 의사(치과의사 및 한의사 포함)에 의해 진단이 확정된 경우 또는 정신건강의학과 이외의 진료과에서 "정신질환치료제"를 처방받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 "정신질환III"으로 진단확정되고 진단일로부터 1년 이내에 "정신질환III"의 직접적인 치료를 목적으로 "정신질환치료제"를 "90일 이상의 기간 동안" 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환치료비III(90일이상약물처방)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보험기간 중 "정신질환III"으로 진단 확정되고, 보험기간 중 제3조(정신질환III 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 일부만 충족한 상태에서 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 이후에 제3조(정신질환III 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

예 시 | 정신질환치료비III(90일이상약물처방) 지급 예시

· 보험계약일 : 2024년 1월 1일



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.

3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(정신질환III 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "정신질환III"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(정신질환III 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "정신질환III"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표126】(정신질환III 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "정신질환III"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격

증을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 작성된 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "정신질환III"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

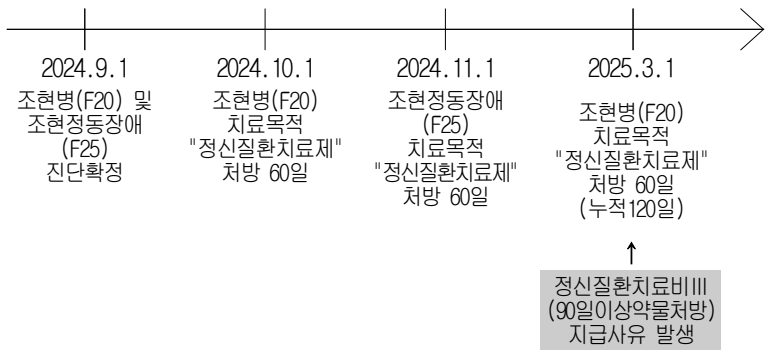
3 이 특별약관에서 "정신질환치료제"라 함은 "의사"가 제1항의 "정신질환III"의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 의약품분류번호 "100(신경계 감각기관용 의약품)"에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이때, "의약품 등 분류번호에 관한 규정" 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 "신경계 감각기관용 의약품"에 준하는 분류번호를 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "90일 이상의 기간 동안"이라 함은 "정신질환III" 진단확정 이후 "정신질환치료제"의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 "정신질환치료제"를 투여한 경우에도 처방일수를 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 "의사"에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

5 제4항의 처방일수 합산시 【별표126】(정신질환III 분류표)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 "정신질환치료제"를 처방받은 날로 합니다.

6 두 가지 이상의 "정신질환III"을 진단받은 경우 【별표126】(정신질환III 분류표)를 기준으로 분류번호별로 처방일수를 합산하며, 합산된 처방일수가 가장 큰 "정신질환III"을 기준으로 "정신질환치료제" 처방일수가 90일 이상인 경우 보험금을 지급합니다.

예 시	"정신질환치료제" 처방 예시



제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, "정신질환치료제" 처방여부 및 처방일수를 확인할 수 있는 서류(진료확인서, 소견서, 진료비세부내역서 등), 진료기록부, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

3 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 정신질환치료비III(90일이상약물처방)가 지급된 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

14-1. 마음건강(정신질환치료비III(90일이상약물처방)【예약】)

정신질환치료비III(90일이상약물처방)는 정신건강의학과 전문의 이외의 의사(치과의사 및 한의사 포함)에 의해 진단이 확정된 경우 또는 정신건강의학과 이외의 진료과에서 "정신질환치료제"를 처방받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중 정신건강의학과 전문의에 의해 "정신질환III"으로 진단확정되고 진단일로부터 1년 이내에 "정신질환III"의 직접적인 치료를 목적으로 "정신질환치료제"를 "90일 이상의 기간 동안" 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환치료비III(90일이상약물처방)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보험기간 중 "정신질환III"으로 진단 확정되고, 보험기간 중 제3조(정신질환III 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 일부만 충족한 상태에서 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 이후에 제3조(정신질환III 등의 정의 및 진단확정)의 "정신질환치료제" 처방 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

예 시 | **정신질환치료비III(90일이상약물처방) 지급 예시**

· 보험계약일 : 2024년 1월 1일



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.

3 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(정신질환III 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "정신질환III"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(정신질환III 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "정신질환III"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표126】(정신질환III 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "정신질환III"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격

증을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 작성된 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "정신질환III"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

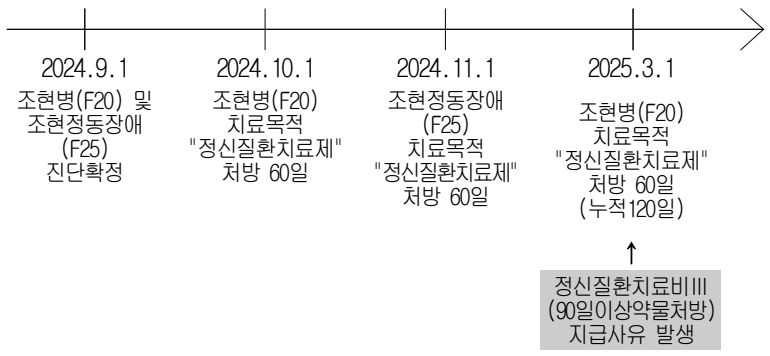
3 이 특별약관에서 "정신질환치료제"라 함은 "의사"가 제1항의 "정신질환III"의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 의약품분류번호 "100(신경계 감각기관용 의약품)"에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이때, "의약품 등 분류번호에 관한 규정" 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 "신경계 감각기관용 의약품"에 준하는 분류번호를 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "90일 이상의 기간 동안"이라 함은 "정신질환III" 진단확정 이후 "정신질환치료제"의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 "정신질환치료제"를 투여한 경우에도 처방일수를 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 "의사"에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

5 제4항의 처방일수 합산시 【별표126】(정신질환III 분류표)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 "정신질환치료제"를 처방받은 날로 합니다.

6 두 가지 이상의 "정신질환III"을 진단받은 경우 【별표126】(정신질환III 분류표)를 기준으로 분류번호별로 처방일수를 합산하며, 합산된 처방일수가 가장 큰 "정신질환III"을 기준으로 "정신질환치료제" 처방일수가 90일 이상인 경우 보험금을 지급합니다.

예 시	"정신질환치료제" 처방 예시



제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, "정신질환치료제" 처방여부 및 처방일수를 확인할 수 있는 서류(진료확인서, 소견서, 진료비세부내역서 등), 진료기록부, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항에도 불구하고 회사는 보험수익자가 의식불명 등 의사무능력상태인 경우 성년후견인이 보험수익자를 대리하여 제1항 각 호의 서류와 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.

1. 보험수익자가 예금주인 예금 통장 사본
2. 성년후견인의 보험금지급 동의서, 인감증명서, 인감도장
3. 보험수익자 기준 성년 후견 등기사항 증명서

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

제5조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 정신질환치료비III(90일이상약물처방)가 지급된 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.

제7조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

15. 신체건강(난청(노년난청제외)진단비)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "난청(노년난청제외)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 난청(노년난청제외)진단비로 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(난청(노년난청제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "난청(노년난청제외)"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(난청(노년난청제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "난청(노년난청제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표137】(난청(노년난청제외) 분류표)에서 정한 질병을 말하며, "노년난청"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 H91.1(노년난청)에 해당하는 질병을 말합니다.

2 난청(노년난청제외)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 이비인후과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 순음청력검사, 전정기능검사, CT, MRI, 뇌간유발반응검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "난청(노년난청제외)"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(진단서, 청력검사결과지, 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

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 난청(노년난청제외)진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

16. 신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한))

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "시각기능검사(급여)"를 받은 경우(이하 "시각기능검사"라 합니다) 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가

입금액을 시각기능검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 "시각기능검사"를 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 지급합니다.
3 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(시각기능검사(급여)의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "시각기능검사(급여)"라 함은 【별표120】(시각기능검사 분류표)에서 정한 시각기능검사 대상 "수가코드"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
2 제1항의 "시각기능검사(급여)"는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사는 제외합니다. 이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "시각기능검사(급여)"가 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 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "시각기능검사(급여)" 이외에 추가로 【별표120】(시각기능검사 분류표)에 해당하는 의료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.
2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

16-1. 신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제4항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "시각기능검사(급여)"를 받은 경우(이하 "시각기능검사"라 합니다) 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 시각기능검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 "시각기능검사"를 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
4 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 1세 계약해당일로 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(시각기능검사(급여)의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "시각기능검사(급여)"라 함은 【별표120】(시각기능검사 분류표)에서 정한 시각기능검사 대상 "수가코드"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
2 제1항의 "시각기능검사(급여)"는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사는 제외합니다. 이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "시각기능검사(급여)"가 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 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "시각기능검사(급여)" 이외에 추가로 【별표120】(시각기능검사 분류표)에 해당하는 의료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.
2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

17. 신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한))

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "청각 및 평형기능검사(급여)"를 받은 경우(이하 "청각 및 평형기능검사"라 합니다) 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 청각및평형기능검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 "청각 및 평형기능검사"를 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 지급합니다.
3 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(청각 및 평형기능검사(급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "청각 및 평형기능검사(급여)"라 함은 【별표121】(청각 및 평형기능검사 분류표)에서 정한 청각 및 평형기능검사 대상 "수가코드"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

② 제1항의 "청각 및 평형기능검사(급여)"는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사는 제외합니다. 이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "청각 및 평형기능검사(급여)"가 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 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "청각 및 평형기능검사(급여)" 이외에 추가로 【별표121】(청각 및 평형기능검사 분류표)에 해당하는 의료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 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(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

② 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

17-1. 신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 제4항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "청각 및 평형기능검사(급여)"를 받은 경우(이하 "청각 및 평형기능검사"라 합니다) 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 청각및평형기능검사 지원비로 보험수익자에게 지급합니다.

② "청각 및 평형기능검사"를 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

④ 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 1세 계약해당일로 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(청각 및 평형기능검사(급여)의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "청각 및 평형기능검사(급여)"라 함은 【별표121】(청각 및 평형기능검사 분류표)에서 정한 청각 및 평형기능검사 대상 "수가코드"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 "청각 및 평형기능검사(급여)"는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사는 제외합니다. 이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "청각 및 평형기능검사(급여)"가 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 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "청각 및 평형기능검사(급여)" 이외에 추가로 【별표121】(청각 및 평형기능검사 분류표)에 해당하는 의료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

18. 신체건강(스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)수술비)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)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(스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표129】(컴퓨터사용 특정질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)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 "스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)"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 "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(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 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

19. 신체건강(시력교정비【갱신계약, 예약】)
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -2디옵터(Diopter) 이상의 근시 또는 +2디옵터(Diopter) 이상의 원시에 의한 굴절이상(Anomalies of Refraction)으로 판정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 시력교정비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 난시는 제외합니다.

용 어 풀 이	디옵터(Diopter)
렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.	

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또

는 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.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 시력교정비가 지급된 경우에는 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

20. 신체건강(시력치료비【갱신계약, 예약】)
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -6.25 디옵터(Diopter) 이상의 고도근시 또는 +4.25 디옵터(Diopter) 이상의 고도원시로 판정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 시력치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 난시는 제외합니다.

용 어 풀 이	디옵터(Diopter)
렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.	

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 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(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 시력치료비가 지급된 경우에는 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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

21. 신체건강(영유아시력교정안경치료비(연간1회한)【갱신계약】)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 안과의사의 진단에 의하여 시력교정용 안경을 처방받고, 안경사로부터 그 처방에 따른 시력교정용 안경을 조제받은 경우에는 연간 1회에 한하여 영유아시력교정안경치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

용 어 풀 이	

· **안경사:** 「의료기사등에 관한 법률」 제1조의2(정의)에서 정한 안경사를 말합니다.

· **의료기사등에 관한 법률 제1조의2(정의)**

3. "안경사"란 안경(시력보정용에 한정한다. 이하 같다)의 조제 및 판매와 콘택트렌즈(시력보정용이 아닌 경우를 포함한다. 이하 같다)의 판매를 주된 업무로 하는 사람을 말한다.

제2조(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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시력교정 이외의 용도를 위한 안경을 구입한 경우
2. 피보험자 본인 이외의 타인의 안경을 구입한 경우
3. 시력교정 목적을 포함한 선글라스, (스포츠용)고글을 구입한 경우

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서(안경처방전, 사용자의 성명 및 시력교정용임을 안경사가 확인한 영수증(간이영수증 제외) 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. 안경사 확인서(회사양식)
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.

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(특별약관의 자동갱신)

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.

제6조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

② 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

22. 신체건강(안구특정상해진단비(최초1회한)(감액없음))

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "안구특정상해"로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 안구특정상해진단비로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
안구특정상해진단비	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(안구특정상해의 정의 및 진단확정)에서 정한 "안구특정상해"를 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(안구특정상해의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "안구특정상해"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표95】(안구특정상해 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 안구특정상해의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력, 증상과 함께 검안경, 세극등검사, 초음파검사, 전산화단층촬영(CT) 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “안구특정상해” 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(진단서(병명 및 상병 분류번호 기입), 진료기록부(검사결과지 포함)), 안구특정상해의 경우 사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류(초진진료기록지, 응급실기록지, 입통원치료확인서, 진료비세부내역서, 수술기록지,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)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 안구특정상해진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

23. 신체건강(2대안과특정질환진단비(최초1회한)(감액없음))

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대안과특정질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 2대안과특정질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
2대안과특정질환진단비	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 중

에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(2대안과특정질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "2대안과특정질환"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(2대안과특정질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "2대안과특정질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표150】(2대안과특정질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "2대안과특정질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 시력검사, 안저검사, 안구단층촬영(OCT), 안저조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "2대안과특정질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대안과특정질환진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.
2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

24. 신체건강(돌발성난청 및 특정귀어지럼증 진단비(최초1회한)(감액없음))

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 돌발성난청 및 특정귀어지럼증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 돌발성난청 및 특정귀어지럼증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
돌발성난청 및 특정귀어지럼증 진단비	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(돌발성난청 및 특정귀어지럼증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "돌발성난청 및 특정귀어지럼증"를 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(돌발성난청 및 특정귀어지럼증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "돌발성난청 및 특정귀어지럼증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표152】(돌발성난청 및 특정귀어지럼증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "돌발성난청 및 특정귀어지럼증"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, 임상적 증상과 함께 청력검사, 전정기능검사, 두위 변환 안진검사(positioning nystagmus) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "돌발성난청 및 특정귀어지럼증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 돌발성난청 및 특정귀어지럼증 진단비를 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 4대Care 관련 일반조항을 따릅니다.

2 4대Care 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제6장 비용손해 관련 특별약관

제6장 비용손해 관련 특별약관

비용손해 관련 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

1. 의료사고법률비용

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 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보험금을 지급합니다.
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 계약에서 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 의한 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 관련 일반조항을 따릅니다.
② 비용손해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

2. 원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도)

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" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고, 그 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "원격지"에서 통원하기 위하여 "임시거주비"를 지출한 경우, 회사는 통원한 1일당 10만원을 한도로 피보험자가 실제 지출한 "임시거주비"를 원격지 암직접치료통원 임시거주비 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "임시거주비"는 피보험자가 "원격지"에 위치한 숙박시설 또는 음식점을 이용하며 실제로 지출한 숙박비 및 식비를 합한 금액을 말합니다.

1. 숙박비 : 제1항의 통원한 날 또는 그 전날에 숙박시설 이용시 발생한 1일당 숙박비
2. 식비 : 제1호의 숙박시설 이용시 발생한 식비

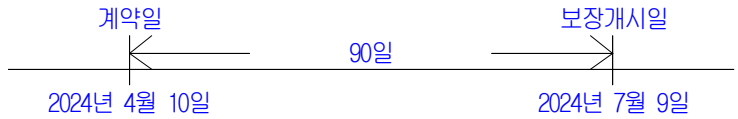
3 제2항의 숙박시설은 현행 법률상으로 숙박이 가능하도록 허가받은 시설로서, 공중위생관리법 제2조 제1항 제2호에 따른 "숙박업", 관광진흥법 시행령 제2조 제1항 제2호의 "호텔업"에 해당하는 시설을 말하며, 현행 법령상 불법으로 분류되는 숙박시설은 제외합니다.

관 련 법 규	공중위생관리법 제2조(정의) 제1항 제2호
2. “숙박업”이라 함은 손님이 잠을 자고 머물 수 있도록 시설 및 설비등의 서비스를 제공하는 영업을 말한다. 다만, 농어촌에 소재하는 민박등 대통령령이 정하는 경우를 제외한다.	

관 련 법 규	관광진흥법 시행령 제2조 제1항 제2호(호텔업의 종류)
가. 관광호텔업: 관광객의 숙박에 적합한 시설을 갖추어 관광객에게 이용하게 하고 숙박에 딸린 음식·운동·오락·휴양·공연 또는 연수에 적합한 시설 등(이하 “부대시설”이라 한다)을 함께 갖추어 관광객에게 이용하게 하는 업(業) 나. 수상관광호텔업: 수상에 구조물 또는 선박을 고정하거나 매어 놓고 관광객의 숙박에 적합한 시설을 갖추거나 부대시설을 함께 갖추어 관광객에게 이용하게 하는 업 다. 한국전통호텔업: 한국전통의 건축물에 관광객의 숙박에 적합한 시설을 갖추거나 부대시설을 함께 갖추어 관광객에게 이용하게 하는 업 라. 가족호텔업: 가족단위 관광객의 숙박에 적합한 시설 및 취사도구를 갖추어 관광객에게 이용하게 하거나 숙박에 딸린 음식·운동·휴양 또는 연수에 적합한 시설을 함께 갖추어 관광객에게 이용하게 하는 업 마. 호스텔업: 배낭여행객 등 개별 관광객의 숙박에 적합한 시설로서 샤워장, 취사장 등의 편의시설과 외국인 및 내국인 관광객을 위한 문화·정보 교류 시설 등을 함께 갖추어 이용하게 하는 업 바. 소형호텔업: 관광객의 숙박에 적합한 시설을 소규모로 갖추고 숙박에 딸린 음식·운동·휴양 또는 연수에 적합한 시설을 함께 갖추어 관광객에게 이용하게 하는 업 사. 의료관광호텔업: 의료관광객의 숙박에 적합한 시설 및 취사도구를 갖추거나 숙박에 딸린 음식·운동 또는 휴양에 적합한 시설을 함께 갖추어 주로 외국인 관광객에게 이용하게 하는 업

4 제1항의 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 "기타피부암", "갑상선암"의 경우는 계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	암의 보장개시일(15세 이상 기준)



※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

5 제4항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 암보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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.

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.

용 어 풀 이	공제계약
유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국, 신협, 새마을금고 등이 공제계약을 취급합니다.	

제3조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표22】(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("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"의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조("통원"의 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"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("원격지"의 정의)

1 이 특별약관에서 "원격지"라 함은 "거주지"가 아닌 지역을 말하며, "거주지"는 통원 당일 주민등록등본상 주소를 기준으로 합니다.
2 제1항의 "원격지" 및 "거주지"는 도에 인접한 광역시를 통합한 단위를 기준으로 아래와 같이 10개의 지역으로 구분합니다.
1. 서울
2. 경기도권(인천광역시, 경기도)
3. 충청북도
4. 충청남도권(대전광역시, 세종특별자치시, 충청남도)
5. 강원도
6. 전라북도
7. 전라남도권(광주광역시, 전라남도)
8. 경상북도권(대구광역시, 경상북도)
9. 경상남도권(부산광역시, 울산광역시, 경상남도)
10. 제주도

예 시	원격지 암직접치료통원 임시거주비 지급예시

[예시1]
- 거주지가 경기도 일산인 피보험자가 서울시 강남구 소재 A병원에서 암치료를 받고 서울시 중구에서 임시거주비를 지출한 경우
→ 통원 및 임시거주비를 지출한 서울시 강남구 및 중구는 "거주지"인 "2. 경기도권(인천광역시, 경기도)"가 아닌 "원격지"에 해당되므로 원격지 암직접치료통원 임시거주비 지급

[예시2]
- 거주지가 경기도 파주인 피보험자가 서울시 관악구 소재 B병원에서 암치료를 받고 경기도 수원에서 임시거주비를 지출한 경우
→ 임시거주비를 지출한 경기도 수원은 "거주지"인 "2. 경기도권(인천광역시, 경기도)"으로 "원격지"에 해당되지 않으므로 원격지 암직접치료통원 임시거주비 미지급

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 "원격지"가 아닌 "거주지역"에서 통원한 경우
2. 피보험자가 "원격지"가 아닌 "거주지역"에서 임시거주비를 지출한 경우
3. 암의 직접적인 치료를 위한 통원 목적 외에 다른 사유로 임시거주하는 경우
4. 피보험자에게 비용이 발생하지 않는 장소에서 임시거주하는 경우
5. 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관에서 입원하는 경우
6. 노인복지법 제34조 제1항에서 규정한 노인의료복지시설에 입소하는 경우
7. 공중위생관리법 제2조 제1항 제2호에 따른 "숙박업" 및 관광진흥법 시행령 제2조 제1항 제2호의 "호텔업"에 해당하지 않는 숙박시설(현행 법령상 불법으로 분류되는 숙박시설을 포함합니다)에서 임시거주하는 경우

제8조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사 양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 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. 주민등록등본(최근 변동사항 포함)
5. 발생한 비용을 증명하는 서류(숙박비 및 식비 지출 영수증. 단, 간이영수증 제외)
6. 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)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 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.

2 제1항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)를 따릅니다.

제10조(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.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다.

제12조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 비용손해 관련 일반조항을 따릅니다.

2 비용손해 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제7장 치아 관련 특별약관

제7장 치아 관련 특별약관

치아 관련 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 상해 및 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

1. 어린이치아보존치료비(유치 및 영구치) 【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 상해 또는 "치아관련 질병"을 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과 병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치아보존치료를 진단확정받고 해당 유치 및 영구치에 치아보존치료를 한 경우 치료 항목별로 아래의 어린이치아보존치료비 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

[상해로 치아보존치료를 받은 경우]

치료항목		지급금액		보장한도
충전치료	아말감, 글래스아이노머	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 10%	한도없음
	레진필링 인레이·온레이	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	
크라운치료		치아당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	유치 및 영구치 각각 연간 3개한도

[치아관련 질병으로 치아보존치료를 받은 경우]
- 최초계약의 경우

치료항목		보험계약일로부터 경과기간	지급금액		보장한도
충전치료	아말감, 글래스아이노머	1년미만	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 5%	한도없음
		1년이상		이 특별약관의 보험가입금액 10%	
	레진필링 인레이·온레이	1년미만	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 25%	
		1년이상		이 특별약관의 보험가입금액 50%	
크라운치료		1년미만	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	유치 및 영구치 각각 연간 3개한도
		1년이상		이 특별약관의 보험가입금액 100%	

- 갱신계약의 경우 ("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우도 갱신계약과 동일하게 지급합니다.)

치료항목		지급금액		보장한도
충전치료	아말감, 글래스아이노머	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 10%	한도없음
	레진필링 인레이·온레이	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	
크라운치료		치아당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	유치 및 영구치 각각 연간 3개한도

2 제1항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

3 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합형태의 치아치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 높은 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

예 시
피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 레진필링치료를 진단받고 레진필링 치료가 종료되기 이전에, 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운치료를 진단받은 경우, 해당 치료 종료시 크라운치료 보험금만 지급합니다.

4 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아치료를 받은 경우, 하나의 사고로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다

만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

5 이미 치아보존치료를 받은 유치 및 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 새로이 치아보존치료를 한 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

6 피보험자가 이 특별약관의 보장개시일 이후 보험기간 중에 치아보존치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치아보존치료는 보장하여 드립니다. 단, 계약의 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

7 제1항의 보장개시일은 아래와 같습니다.

구 분		보장개시일
최초계약	상해	보험계약일
	질병	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 다음날
갱신계약		이 특별약관의 갱신일

8 제7항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
3. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
4. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
5. 치열교정준비 등 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료를 한 경우
6. 라미네이트 등 미용 상의 치료
7. 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 치료를 받는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

제3조("치아관련 질병"의 정의)

이 특별약관에서 "치아관련 질병"은 보장개시일 이후에 발병된 질병으로 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
치아우식	K02
치수 및 근단주위조직의 질환	K04
치은염(잇몸염) 및 치주질환	K05

제4조("치아보존치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "치아보존치료"의 정의는 아래와 같습니다.

구 분	치료항목	정의
치아 보존 치료	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산 부식처리가 필요없는 화학접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 이하 "충전치료"라 합니다)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	인레이 온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 주조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전치료하는 방법을 말합니다.
	크라운	임상적 치관(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서
   - 가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
     1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
     2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
     3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
     4) 진료내용
     5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   - 나. 진료비 계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
   - 다. 회사는 위 "가"목 및 "나"목의 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료전후의 X-Ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마 사진)를 추가로 요구할 수 있습니다.
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 치과치료관련 증명서는 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제7항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

② 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

1-1. 어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제7항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 "치아관련 질병"을 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과 병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치아보존치료를 진단확정받고 해당 유치 및 영구치에 치아보존치료를 한 경우 치료 항목별로 아래의 어린이치아보존치료비 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목		지급금액		보장한도
충전치료	아말감, 글래스아이노머	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 10%	한도없음
	레진필링 인레이·온레이	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	
크라운치료		치아당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	유치 및 영구치 각각 연간 3개한도

2 제1항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

3 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합형태의 치아치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 높은 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

예 시	
피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 레진필링치료를 진단받고 레진필링 치료가 종료되기 이전에, 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운치료를 진단받은 경우, 해당 치료 종료시 크라운치료 보험금만 지급합니다.	

4 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아치료를 받은 경우, 하나의 사고로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

5 이미 치아보존치료를 받은 유치 및 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 새로이 치아보존치료를 한 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

6 피보험자가 이 특별약관의 보장개시일 이후 보험기간 중에 치아보존치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치아보존치료는 보장하여 드립니다. 단, 계약의 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

7 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
3. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
4. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
5. 치열교정준비 등 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료를 한 경우
6. 라미네이트 등 미용 상의 치료
7. 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 치료를 받는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

제3조("치아관련 질병"의 정의)

이 특별약관에서 "치아관련 질병"은 보장개시일 이후에 발병된 질병으로 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
치아우식	K02
치수 및 근단주위조직의 질환	K04
치은염(잇몸염) 및 치주질환	K05

제4조("치아보존치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "치아보존치료"의 정의는 아래와 같습니다.

구 분	치료항목	정의
치아보존치료	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산 부식처리가 필요없는 화학접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 이하 "충전치료"라 합니다)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	인레이 온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 주조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전치료하는 방법을 말합니다.
	크라운	임상적 치관(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서
   - 가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
     1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
     2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
     3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
     4) 진료내용
     5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   - 나. 진료비 계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
   - 다. 회사는 위 "가"목 및 "나"목의 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료전후의 X-Ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마 사진)를 추가로 요구할 수 있습니다.
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 치과치료관련 증명서는 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

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)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

② 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

2. 어린이치아치수치료비(유치 및 영구치) 【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 상해 또는 "치아관련 질병"을 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과 병·의원 또는 이와 동등하다고 회

사가 인정하는 의료기관에서 치수치료를 진단확정받고, 해당 유치 및 영구치에 치수치료를 한 경우 치료 항목별로 아래의 치수치료비 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

[상해로 치수치료를 받은 경우]

치료항목	지급금액		보장한도
치수치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	한도없음

[치아관련 질병으로 치수치료를 받은 경우]

- 최초계약의 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	지급금액		보장한도
치수치료	1년미만	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	한도없음
	1년이상	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	

- 갱신계약의 경우 ("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우도 갱신계약과 동일하게 지급합니다.)

치료항목	지급금액		보장한도
치수치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	한도없음

2 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치수치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치수치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

3 이미 치수치료를 받은 유치 및 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치수치료를 한 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

4 피보험자가 이 특별약관의 보장개시일 이후 보험기간 중에 치수치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치수치료는 보장하여 드립니다.

5 제1항의 보장개시일은 아래와 같습니다.

구 분		보장개시일
최초계약	상해	보험계약일
	질병	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 다음날
갱신계약		이 특별약관의 갱신일

6 제5항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
3. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
4. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
5. 이미 치수치료를 받은 부위에 대하여 새로운 상해 또는 질병에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 받은 경우
6. 치열교정준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
7. 라미네이트 등 미용 상의 치료
8. 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 치수치료를 받는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

제3조("치아관련 질병"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "치아관련 질병"은 보장개시일 이후에 발병된 질병으로 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
치아우식	K02
치수 및 근단주위조직의 질환	K04
치은염 및 치주질환	K05

제4조("치수치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "치수치료"란 치아내부에 있는 치수(혈관이 밀집한 연조직)를 제거하여 통증이나 기타증상을 없애고 치아가 제자리에서 기능을 할 수 있도록 보존하는 치료를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서
   가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
      1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
      2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
      3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
      4) 진료내용
      5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   나. 진료비 계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
   다. 회사는 위 "가"목 및 "나"목의 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료전후의 X-Ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마 사진)를 추가로 요구할 수 있습니다.
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 치과치료관련 증명서는 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제5항을 적용합니다.

제9조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

② 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

2-1. 어린이치아치수치료비(유치 및 영구치) 【갱신계약, 예약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 제5항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 "치아관련 질병"을 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과 병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치수치료를 진단확정받고, 해당 유치 및 영구치에 치수치료를 한 경우 치료 항목별로 아래의 치수치료비 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액		보장한도
치수치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	한도없음

② 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치수치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치수치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

③ 이미 치수치료를 받은 유치 및 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치수치료를 한 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 이 특별약관의 보장개시일 이후 보험기간 중에 치수치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치수치료는 보장하여 드립니다.

⑤ 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
3. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
4. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
5. 이미 치수치료를 받은 부위에 대하여 새로운 상해 또는 질병에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 받은 경우
6. 치열교정준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
7. 라미네이트 등 미용 상의 치료
8. 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 치수치료를 받는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

제3조("치아관련 질병"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "치아관련 질병"은 보장개시일 이후에 발병된 질병으로 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
치아우식	K02
치수 및 근단주위조직의 질환	K04
치은염 및 치주질환	K05

제4조("치수치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "치수치료"란 치아내부에 있는 치수(혈관이 밀집한 연조직)를 제거하여 통증이나 기타증상을 없애고 치아가 제자리에서 기능을 할 수 있도록 보존하는 치료를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서
   가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
      1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
      2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
      3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
      4) 진료내용
      5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   나. 진료비 계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
   다. 회사는 위 "가"목 및 "나"목의 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료전후의 X-Ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마 사진)를 추가로 요구할 수 있습니다.
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 치과치료관련 증명서는 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

3. 어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약】 (【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 한 경우에는 각각의 촬영 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 치아촬영비(X-ray 및 파노라마)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
치아촬영비(X-ray 및 파노라마)	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 주요치주질환(잇몸질환) 치료를 진단, 확정받고 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 주요치주질환(잇몸질환) 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 주요치주질환치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
주요치주질환치료비	이 특별약관의 보험가입금액 300%

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 "치석제거(스케일링) 치료"를 진단 확정 받고 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 "치석제거(스케일링) 치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정치석제거(스케일링)치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
특정치석제거(스케일링)치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

4 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 2회 이상의 X-ray 촬영 또는 2회 이상의 파노라마 촬영을 한 때에는 하나의 X-ray 촬영 또는 하나의 파노라마 촬영으로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

5 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 2개 이상의 치아에 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 한 때에는 하나의 X-ray 촬영 또는 하나의 파노라마 촬영으로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에도 불구하고 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 받았을 때에는 새로운 상해 또는 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

7 제3항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

8 제1항 내지 제3항의 보장개시일은 아래와 같습니다.

구 분		보장개시일
최초계약	상해	보험계약일
	질병	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 다음날
갱신계약		이 특별약관의 갱신일

9 제8항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 보장개시일은 "전환후 계약"의 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)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 라미네이트 등 미용 상의 치료
3. 동일한 질병으로 인한 치료라 하더라도 치료가 종료된 날부터 180일 이내에 동일한 치아에 "치석제거(스케일링) 치료"를 개시한 경우

제4조("X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영"이라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우의 "X-ray촬영 및 파노라마촬영 진료행위코드 분류표"(【별표119】 참조)에서 정한 치아촬영을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영 급여

인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영 급여인정기준을 따릅니다.

제5조("주요치주질환(잇몸질환) 치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "주요치주질환(잇몸질환) 치료"라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 치주질환(잇몸질환)치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 "주요치주질환 급여 인정 기준"이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과의 "치주질환(잇몸질환)치료 진료행위코드 분류표"(【별표117】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 "주요치주질환(잇몸질환)치료"를 받은 경우를 말합니다.

2 "1/3악"이란 치아전체[상악(윗니), 하악(아랫니)]를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3구역으로 나눈 단위로써 1인당 6개의 1/3악을 가짐. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니를 포함합니다)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.

3 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "치주질환치료 급여 인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치주질환치료 급여 인정 기준"을 따릅니다.

4 제1항 및 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "치주질환(잇몸질환)치료 분류표" 외에 "치주질환치료 급여 인정 기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제6조("치석제거(스케일링) 치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "치석제거(스케일링) 치료"라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 치주질환(잇몸질환)치료를 목적으로 "치석제거(스케일링) 치료"가 필요하다고 인정하는 기준(이하 "치석제거(스케일링) 치료 급여 인정 기준"이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과의 "치석제거(스케일링) 치료 진료행위코드 분류표"(【별표118】 참조)에서 정한 "치석제거(스케일링) 치료"를 받은 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "치석제거(스케일링) 치료 급여 인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준"을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서
   가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
      1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
      2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
      3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
      4) 진료내용
      5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   나. 진료비계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증 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 치과치료관련 증명서는 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제8항을 적용합니다.

제11조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

3-1. 어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약, 예약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제8항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 한 경우에는 각각의 촬영 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 치아촬영비(X-ray 및 파노라마)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
치아촬영비(X-ray 및 파노라마)	이 특별약관의 보험가입금액 100%

2 회사는 피보험자가 제8항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 주요치주질환(잇몸질환) 치료를 진단, 확정받고 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 주요치주질환(잇몸질환) 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 주요치주질환치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
주요치주질환치료비	이 특별약관의 보험가입금액 300%

3 회사는 피보험자가 제8항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 "치석제거(스케일링) 치료"를 진단 확정 받고 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 "치석제거(스케일링) 치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정치석제거(스케일링)치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
특정치석제거(스케일링)치료비	이 특별약관의 보험가입금액 100%

4 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 2회 이상의 X-ray 촬영 또는 2회 이상의 파노라마 촬영을 한 때에는 하나의 X-ray 촬영 또는 하나의 파노라마 촬영으로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

5 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 2개 이상의 치아에 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 한 때에는 하나의 X-ray 촬영 또는 하나의 파노라마 촬영으로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에도 불구하고 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 받았을 때에는 새로운 상해 또는 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

7 제3항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

8 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 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)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 라미네이트 등 미용 상의 치료
3. 동일한 질병으로 인한 치료라 하더라도 치료가 종료된 날부터 180일 이내에 동일한 치아에 "치석제거(스케일링) 치료"를 개시한 경우

제4조("X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영"이라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우의 "X-ray촬영 및 파노라마촬영 진료행위코드 분류표"(【별표119】 참조)에서 정한 치아촬영을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영 급여 인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영 급여인정기준을 따릅니다.

제5조("주요치주질환(잇몸질환) 치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "주요치주질환(잇몸질환) 치료"라 함은 국민건강보험법에서

정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 치주질환(잇몸질환)치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 "주요치주질환 급여 인정 기준"이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과의 "치주질환(잇몸질환)치료 진료행위코드 분류표"(【별표117】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 "주요치주질환(잇몸질환)치료"를 받은 경우를 말합니다.

2 "1/3악"이란 치아전체[상악(윗니), 하악(아랫니)]를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3구역으로 나눈 단위로써 1인당 6개의 1/3악을 가짐. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니를 포함합니다)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.

3 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "치주질환치료 급여 인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치주질환치료 급여 인정 기준"을 따릅니다.

4 제1항 및 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "치주질환(잇몸질환)치료 분류표" 외에 "치주질환치료 급여 인정 기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제6조("치석제거(스케일링) 치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "치석제거(스케일링) 치료"라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 치주질환(잇몸질환)치료를 목적으로 "치석제거(스케일링) 치료"가 필요하다고 인정하는 기준(이하 "치석제거(스케일링) 치료 급여 인정 기준"이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과의 "치석제거(스케일링) 치료 진료행위코드 분류표"(【별표118】 참조)에서 정한 "치석제거(스케일링) 치료"를 받은 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "치석제거(스케일링) 치료 급여 인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준"을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서
   가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
      1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
      2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
      3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
      4) 진료내용
      5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   나. 진료비계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증 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 치과치료관련 증명서는 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 자동갱신)

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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

4. 어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】 (【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 "발치(단순, 정교, 완전매복)치료"를 받은 경우에는 치아 1개당 아래에 정한 금액을 발치(단순, 정교, 완전매복)치료 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
단순발치(맹출(이돋이)치아 및 노출된 치근)	이 특별약관의 보험가입금액 0.5%
정교발치(부분적으로 매복된 치아)	이 특별약관의 보험가입금액 1%
완전매복발치(완전 매복된 치아)	이 특별약관의 보험가입금액 2%

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 상해 또는 "치아관련 질병"을 직접적인 원인으로 영구치발거를 진단확정받고 영구치상실을 입은 경우 발거한 영구치 1개당 아래에 정한 금액을 영구치상실치료비 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
영구치상실치료비	이 특별약관의 보험가입금액 10%

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 상해 또는 "치아관련 질병"을 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치아보철 치료를 진단받고, 그 치료의 목적으로 영구치를 발거한 후, 발거한 부위에 아래에서 정한 영구치 보철치료(가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge) 및 임플란트(Implant))를 한 경우에 항목별로 아래의 치아보철치료비 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

[상해로 치아보철치료를 받은 경우]

치료항목	지급금액		보장한도
가철성의치 (틀니,Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	연간1회
고정성가공의치 (브릿지,Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	한도없음
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	한도없음

[치아관련 질병으로 치아보철치료를 받은 경우]

- 최초계약의 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	지급금액		보장한도
가철성의치 (틀니,Denture)	2년미만	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	연간1회
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액 100%	
고정성가공의치 (브릿지,Bridge)	2년미만	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 25%	한도없음
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액 50%	
임플란트 (Implant)	2년미만	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	한도없음
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액 100%	

- 갱신계약의 경우 ("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우도 갱신계약과 동일하게 지급합니다.)

치료항목	지급금액		보장한도
가철성의치 (틀니,Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	연간1회
고정성가공의치 (브릿지,Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	한도없음
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	한도없음

4 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 상해 또는 "치아관련 질병"을 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3

조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 영구치 발거를 진단확정 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 시술을 받기 위해 "특정 임플란트 치조골 이식술 치료"를 받은 경우에는 영구치 발거 1개당 아래의 특정임플란트 치조골이식술치료비 보험금을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당 영구치를 발거한 부위에 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받고 임플란트시술을 받은 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

[상해로 특정임플란트 치조골이식술치료를 받은 경우]

치료항목	지급금액		보장한도
특정임플란트 치조골이식술	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 20%	한도없음

[치아관련 질병으로 특정임플란트 치조골이식술치료를 받은 경우]

- 최초계약의 경우

치료항목	보험계약일로부터 경과기간	지급금액		보장한도
특정임플란트 치조골이식술	2년미만	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 10%	한도없음
	2년이상		이 특별약관의 보험가입금액 20%	

- 갱신계약의 경우 ("제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 경우도 갱신계약과 동일하게 지급합니다.)

치료항목	지급금액		보장한도
특정임플란트 치조골이식술	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 20%	한도없음

5 제2항 내지 제4항의 보장개시일은 아래와 같습니다.

구 분		보장개시일
최초계약	상해	보험계약일
	질병	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 다음날
갱신계약		이 특별약관의 갱신일

6 제5항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 합니다.

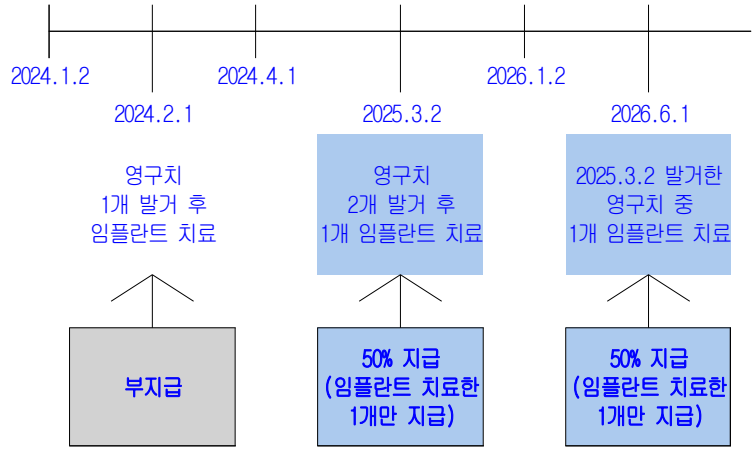
예 시 | 보험금 지급 예시 (치아보철치료)

· 최초계약일 : 2024년 1월 2일

1. 상해로 치아보철치료(임플란트 치료)를 받은 경우

· 계약일부터 해당 보철치료 지급금액의 100%를 지급합니다.

2. 치아관련 질병으로 치아보철치료(임플란트 치료)를 받은 경우



· 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2024.2.1.에 발거한 영구치는 면책기간(계약일로부터 90일 이하)동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

· 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2025.3.2.에 발거한 영구치는 감액기간(계약일로부터 90일 초과 2년 미만)동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

· 2026.1.2.이후 발거한 영구치의 경우 보험가입금액의 100%를 지급합니다.

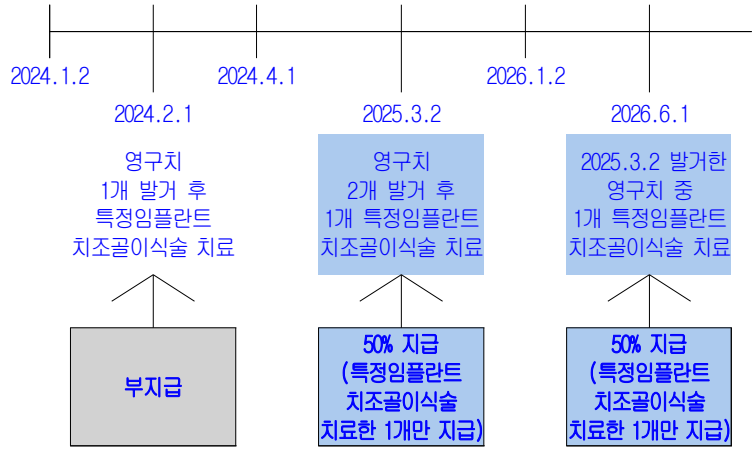
예 시	보험금 지급 예시 (특정임플란트 치조골이식술치료)

· 최초계약일 : 2024년 1월 2일

1. 상해로 특정임플란트 치조골이식술치료를 받은 경우

· 계약일부터 해당 특정임플란트 치조골이식술치료 지급금액의 100%를 지급합니다.

2. 치아관련 질병으로 특정임플란트 치조골이식술치료를 받은 경우



· 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2024.2.1.에 발거한 영구치는 면책기간(계약일로부터 90일 이하)동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

· 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2025.3.2.에 발거한 영구치는 감액기간(계약일로부터 90일 초과 2년 미만)동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

· 2026.1.2.이후 발거한 영구치의 경우 보험가입금액의 100%를 지급합니다.

7 제3항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

8 제3항에서 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합형태의 치아치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 높은 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

예 시
피보험자의 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보험금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.

9 제1항에서 피보험자가 보험기간 중에 발치(단순, 정교, 완전매복)치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 발치(단순, 정교, 완전매복)치료는 보장하여 드립니다.

10 제2항에서 피보험자가 보험기간 중에 영구치발거를 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 영구치상실치료비는 보장하여 드립니다.

11 제3항에서 상해 또는 질병으로 인하여 피보험자가 이 특별약관의 보장개시일 이후 보험기간 중에 영구치 발거에 대한 진단을 확정받고 해당 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도, 영구치를 발거한 날부터 2년 이내 또는 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 영구치를 발거한 해당 부위에 치아보철치료를 할 경우 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다.

12 제4항에서 상해 또는 질병으로 인하여 피보험자가 이 특별약관의 보장개시일 이후 보험기간 중에 영구치 발거에 대한 진단을 확정받고 해당 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도, 영구치를 발거한 날부터 2년 이내 또는 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 영구치를 발거한 해당 부위에 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 할 경우 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치열교정, 양악수술 등 미용상의 치료(다만, 발치치료 급여인정 기준에 해당하는 경우에는 보장합니다)

3 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 및 제3항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
3. 매복치, 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
4. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
5. 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 발거하는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

6. 라미네이트 등 미용상의 치료

4 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
3. 매복치, 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
4. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
5. 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 발거하는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

6. 라미네이트 등 미용상의 치료
7. 골분할술(Ridge split technique), 골신장술(Distraction osteogenesis) 등 제7조("특정 임플란트 치조골 이식술 치료"의 정의)에 정하지 않은 시술

제3조("발치(단순, 정교, 완전매복)치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "발치(단순, 정교, 완전매복)치료"라 함은 "국민건강보험법"에서 정한 보험급여 또는 "의료급여법"에서 정한 의료급여에 해당하는 경우의 발치치료로 아래의 진료행위를 말합니다.

구분		진료행위코드
단순발치(맹출(이돋이) 치아 및 노출된 치근)	유치(Deciduous Tooth)	U4411
	전치(Anterior Tooth)	U4412
	구치(Posterior Tooth)	U4413
정교발치(부분적으로 매복된 치아)	난발치(Complicated Extraction)	U4414
	단순매복치(Simple)	U4415
	복잡매복치[치아분할술을 실시한 경우](Complex)	U4416
완전매복발치(완전 매복된 치아)	완전매복치[치관이 2/3이상 치조골내에 매복된 치아의 골절제와 치아분할술을 동시에 시행한 경우](Complete)	U4417

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 발치치료 외에 "급여인정 기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제4조("치아관련 질병"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "치아관련 질병"은 보장개시일 이후에 발병된 질병으로 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
치아우식	K02
치수 및 근단주위조직의 질환	K04
치은염(잇몸염) 및 치주질환	K05

제5조("영구치 상실"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "영구치 상실"란 우식증(齲蝕症) 또는 치주병(齒周病), 외상 등에 의하여 치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 치아를 발거(拔去)한 경우를 말합니다.

제6조("치아보철치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "치아보철치료"의 정의는 아래와 같습니다.

구분	치료항목	정의
치아보철치료	가철성의치(틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의대로 구강 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결체 조직 및 하부 골조직)에 의해 지지를 받습니다.
	고정성가공의치(브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 말합니다.
	임플란트(Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

제7조("특정 임플란트 치조골 이식술 치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "특정 임플란트 치조골 이식술 치료"의 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	임플란트를 시술할 목적으로 치조골(잇몸뼈)이 부족하다고 판단되는 경우로서 이식재료(자가골, 동종골, 이종골, 합성골 등)를 이용하여 치조골(잇몸뼈)를 이식하는 시술로서 아래에 정한 골이식(BBG, Block Bone Graft), 골유도재생술(GBR,Guided Bone Regeneration) 및 상악동거상술(SL,Sinus Lifting)을 말합니다. 1. 골이식술(BBG, Block Bone Graft) : 골이식재를 치조골(잇몸뼈)이 부족한 부위에이식하여 뼈를 형성해주는 방법을 말합니다. 2. 골유도재생술(GBR, Guided Bone Regeneration) : 뼈를 이식하고 그 공간에 잇몸 등의 다른 조직들이 차오르지 않고 뼈가 충분한 시간적 여유를 가지고 차오를 수 있도록 막을 씌워 골 재생을 유도하는 시술을 말합니다. 3. 상악동거상술(SL, Sinus Lifting) : 상악 어금니 부위의 임플란트 시술에 적용되는 시술로서 상악동을 상부로 밀어올려 그 곳에 골이식을 하는 방법을 말합니다. 측면에서 치조골(잇몸뼈)를 동그랗게 뚫어 접근하는 방법과 임플란트가 식립될 부분에 상악동을 밀어넣어 접근하는 방법이 있습니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서
   가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
      1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
      2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
      3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
      4) 진료내용
      5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   나. 진료비 계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
   다. 회사는 위 "가"목 및 "나"목의 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료전후의 X-Ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마 사진)를 추가로 요구할 수 있습니다.
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 치과치료관련 증명서는 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 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.

제10조(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제5항을 적용합니다.

제12조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

4-1. 어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약, 예약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제5항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 "발치(단순, 정교, 완전매복)치료"를 받은 경우에는 치아 1개당 아래에 정한 금액을 발치(단순, 정교, 완전매복)치료 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
단순발치(맹출(이돋이)치아 및 노출된 치근)	이 특별약관의 보험가입금액 0.5%
정교발치(부분적으로 매복된 치아)	이 특별약관의 보험가입금액 1%
완전매복발치(완전 매복된 치아)	이 특별약관의 보험가입금액 2%

2 회사는 피보험자가 제5항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 "치아관련 질병"을 직접적인 원인으로 영구치발거를 진단확정받고 영구치상실을 입은 경우 발거한 영구치 1개당 아래에 정한 금액을 영구치상실치료비 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
영구치상실치료비	이 특별약관의 보험가입금액 10%

3 회사는 피보험자가 제5항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 "치아관련 질병"을 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치아보철 치료를 진단받고, 그 치료의 목적으로 영구치를 발거한 후, 발거한 부위에 아래에서 정한 영구치 보철치료(가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge) 및 임플란트(Implant))를 한 경우에 항목별로 아래의 치아보철치료비 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액		보장한도
가철성의치 (틀니,Denture)	보철물당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	연간1회
고정성가공의치 (브릿지,Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 50%	한도없음
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 100%	한도없음

4 회사는 피보험자가 제5항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 "치아관련 질병"을 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 영구치 발거를 진단확정 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 시술을 받기 위해 "특정 임플란트 치조골 이식술 치료"를 받은 경우에는 영구치 발거 1개당 아래의 특정임플란트 치조골이식술치료비 보험금을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당 영구치를 발거한 부위에 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받고 임플란트시술을 받은 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

치료항목	지급금액		보장한도
특정임플란트 치조골이식술	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액 20%	한도없음

5 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

6 제3항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

7 제3항에서 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합형태의 치아치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 높은 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

예 시	
피보험자의 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보험금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.	

8 제1항에서 피보험자가 보험기간 중에 발치(단순, 정교, 완전매복)치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 발치(단순, 정교, 완전매복)치료는 보장하여 드립니다.

9 제2항에서 피보험자가 보험기간 중에 영구치발거를 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 영구치상실치료비는 보장하여 드립니다.

10 제3항에서 상해 또는 질병으로 인하여 피보험자가 이 특별약관의 보장개시일 이후 보험기간 중에 영구치 발거에 대한 진단을 확정받고 해당 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도, 영구치를 발거한 날부터 2년 이내 또는 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 영구치를 발거한 해당 부위에 치아보철치료를 할 경우 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다.

11 제4항에서 상해 또는 질병으로 인하여 피보험자가 이 특별약관의 보장개시일 이후 보험기간 중에 영구치 발거에 대한 진단을 확정받고 해당 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도, 영구치를 발거한 날부터 2년 이내 또는 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 영구치를 발거한 해당 부위에 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 할 경우 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치열교정, 양악수술 등 미용상의 치료(다만, 발치치료 급여인정 기준에 해당하는 경우에는 보장합니다)

3 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 및 제3항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
3. 매복치, 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
4. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
5. 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 발거하는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

6. 라미네이트 등 미용상의 치료

4 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
3. 매복치, 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
4. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
5. 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 발거하는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

6. 라미네이트 등 미용상의 치료
7. 골분할술(Ridge split technique), 골신장술(Distraction osteogenesis) 등 제7조("특정 임플란트 치조골 이식술 치료"의 정의)에 정하지 않은 시술

제3조("발치(단순, 정교, 완전매복)치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "발치(단순, 정교, 완전매복)치료"라 함은 "국민건강보험법"에서 정한 보험급여 또는 "의료급여법"에서 정한 의료급여에 해당하는 경우의 발치치료로 아래의 진료행위를 말합니다.

구분		진료행위코드
단순발치(맹출(이돋이) 치아 및 노출된 치근)	유치(Deciduous Tooth)	U4411
	전치(Anterior Tooth)	U4412
	구치(Posterior Tooth)	U4413
정교발치(부분적으로 매복된 치아)	난발치(Complicated Extraction)	U4414
	단순매복치(Simple)	U4415
	복잡매복치[치아분할술을 실시한 경우](Complex)	U4416
완전매복발치(완전 매복된 치아)	완전매복치[치관이 2/3이상 치조골내에 매복된 치아의 골절제와 치아분할술을 동시에 시행한 경우](Complete)	U4417

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 발치치료 외에 "급여인정 기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제4조("치아관련 질병"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "치아관련 질병"은 보장개시일 이후에 발병된 질병으로 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
치아우식	K02
치수 및 근단주위조직의 질환	K04
치은염(잇몸염) 및 치주질환	K05

제5조("영구치 상실"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "영구치 상실"란 우식증(齲蝕症) 또는 치주병(齒周病), 외상 등에 의하여 치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 치아를 발거(拔去)한 경우를 말합니다.

제6조("치아보철치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "치아보철치료"의 정의는 아래와 같습니다.

구분	치료항목	정의
치아보철치료	가철성의치(틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의대로 구강 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결체 조직 및 하부 골조직)에 의해 지지를 받습니다.
	고정성가공의치(브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 말합니다.
	임플란트(Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

제7조("특정 임플란트 치조골 이식술 치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "특정 임플란트 치조골 이식술 치료"의 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	임플란트를 시술할 목적으로 치조골(잇몸뼈)이 부족하다고 판단되는 경우로서 이식재료(자가골, 동종골, 이종골, 합성골 등)를 이용하여 치조골(잇몸뼈)를 이식하는 시술로서 아래에 정한 골이식(BBG, Block Bone Graft), 골유도재생술(GBR,Guided Bone Regeneration) 및 상악동거상술(SL,Sinus Lifting)을 말합니다. 1. 골이식술(BBG, Block Bone Graft) : 골이식재를 치조골(잇몸뼈)이 부족한 부위에이식하여 뼈를 형성해주는 방법을 말합니다. 2. 골유도재생술(GBR, Guided Bone Regeneration) : 뼈를 이식하고 그 공간에 잇몸 등의 다른 조직들이 차오르지 않고 뼈가 충분한 시간적 여유를 가지고 차오를 수 있도록 막을 씌워 골 재생을 유도하는 시술을 말합니다. 3. 상악동거상술(SL, Sinus Lifting) : 상악 어금니 부위의 임플란트 시술에 적용되는 시술로서 상악동을 상부로 밀어올려 그 곳에 골이식을 하는 방법을 말합니다. 측면에서 치조골(잇몸뼈)를 동그랗게 뚫어 접근하는 방법과 임플란트가 식립될 부분에 상악동을 밀어넣어 접근하는 방법이 있습니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서
   - 가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
     - 1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
     - 2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
     - 3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
     - 4) 진료내용
     - 5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   - 나. 진료비 계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
   - 다. 회사는 위 "가"목 및 "나"목의 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료전후의 X-Ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마 사진)를 추가로 요구할 수 있습니다.
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 치과치료관련 증명서는 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 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.

제10조(특별약관의 자동갱신)

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(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

② 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

5. 부정교합치료비【갱신계약, 예약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 Angle씨 부정교합(不正咬合)분류법의 II급 또는 III급으로 치과의사에 의해 판정받고 그로 인하여 교정치료를 요한다는 치과의사의 진단이 있는 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 부정교합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

<Angle씨 부정교합분류>

구분	분류
II급	하악대구치(아래어금니)가 상악대구치(윗어금니)에 비해 원심(안면에서 후방)쪽으로 치우쳐 있는 경우
III급	하악대구치(아래어금니)가 상악대구치(윗어금니)에 비해 근심(안면에서 전방)쪽으로 치우쳐 있는 경우

2 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 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)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 단순치열교정 등

제4조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 보통약관의 계약일로부터 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 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 부정교합치료비가 지급된 경우에는 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(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

6. 불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 구강검진검사(치면세균막검사 등)에서 치아우식발생 위험치아로 판정되어 예방치료가 필요하다는 진단을 받고 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치아우식증의 예방을 목적으로 치과의사나 치위생사에 의해 시행되는 "불소도포 치료"를 받는 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 불소도포치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 정한 "불소도포 치료"라 함은 치과의사나 치위생사에 의해 치아표면에 직접 발라주는 치료행위로 시행되는 전문가 불소도포법을 말합니다.

3 제1항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

4 제1항의 보장개시일은 아래와 같습니다.

구 분	보장개시일
최초계약	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신일

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사

유)에 정한 불소도포 치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와의 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일부터 180일 이내의 불소도포 치료에 한하여 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)

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
6. 라미네이트 등 미용 상의 치료

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

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서
   가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
      1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
      2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
      3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
      4) 진료내용
      5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   나. 진료비계산서
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(구강검진검사지 등)

2 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서는 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

6-1. 불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약, 예약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 제4항에서 정한 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 구강검진검사(치면세균막검사 등)에서 치아우식발생 위험치아로 판정되어 예방치료가 필요하다는 진단을 받고 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치아우식증의 예방을 목적으로 치과의사나 치위생사에 의해 시행되는 "불소도포 치료"를 받는 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 불소도포치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 정한 "불소도포 치료"라 함은 치과의사나 치위생사에 의해 치아표면에 직접 발라주는 치료행위로 시행되는 전문가 불소도포법을 말합니다.

3 제1항의 "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

4 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 불소도포 치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와의 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일부터 180일 이내의 불소도포 치료에 한하여 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)

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
6. 라미네이트 등 미용 상의 치료

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	

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서
   가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
      1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
      2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
      3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
      4) 진료내용
      5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   나. 진료비계산서
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(구강검진검사지 등)

2 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서는 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 특별약관의 계약도 소멸되며 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 치아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 치아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

※ 치아 관련 용어의 정의

용 어	정 의
자연치	타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
영구치	유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상치아)는 제외합니다.
유치	젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
치아우식증 (충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환))에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
치아수복물	아말감, 글래스아이노머, 레진필링, 인레아온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
치아보철물	치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니), 고정성가공의치(브릿지), 임플란트를 포함합니다.
영구치발거	의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

특별약관

제8장 태아 관련 특별약관

제8장 태아 관련 특별약관

태아 관련 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 상해 및 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 보통약관 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의)를 따릅니다. 다만, 피보험자는 각 특별약관에서 정한 "피보험자의 범위"를 따릅니다.

1. 출생위험보장(저체중아 출생, 장해 출생, 심한장해 출생)

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입가능 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 아래 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하였을 때에는 보험수익자에게 아래에서 정한 보험금을 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
저체중아 출생보험금	피보험자의 체중이 출생시 2,000그램 이하인 경우(이하 "저체중아 출생"이라 합니다)	이 특별약관의 보험가입금액의 1%
장해 출생보험금	피보험자가【별표70】(장해의 대상)에 해당하는 장해를 가지고 있는 경우(이하 "장해 출생"이라 합니다)	이 특별약관의 보험가입금액의 10%
심한장해 출생보험금	피보험자가【별표71】(심한장해의 대상)에 해당하는 장해를 가지고 있는 경우(이하 "심한장해 출생"이라 합니다)	이 특별약관의 보험가입금액의 100%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금은 피보험자가 출생한날로부터 1년(제3조(보험금의 지급사유)의 심한장해 출생에서 뇌성마비의 경우에는 2년간으로 합니다. 이하 "사고발견기간"이라 합니다) 이내에 의사의 진단에 의하여 사고가 발견되어진 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.
② 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 피보험자에 대하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
③ 보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(저체중아 출생, 장해 출생, 심한장해 출생이 중복된 경우)
① 1인의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 저체중아 출생, 장해 출생, 심한장해 출생 중 2가지 이상이 발견된 경우(시기가 다르게 발견된 경우를 포함합니다)에는 각각에 대하여 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급합니다.
② 1인의 피보험자에게 【별표70】(장해의 대상)에 해당하는 장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 장해에 대해서만 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 장해출생보험금을 지급합니다.
③ 1인의 피보험자에게 【별표71】(심한장해의 대상)에 해당하는 심한장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 심한장해에 대해서만 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 심한장해출생보험금을 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 모(임산부)의 고의로 피보험자를 해친 경우
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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(회사의 보장의 시기 및 종기)

1 피보험자에 대한 회사의 보장은 피보험자가 출생한날에 시작하여 사고발견기간이 종료된 때에 끝납니다. 단, 사고발견기간 종료전이라도 사고가 발견되어 보험금을 지급한 때에는 보험기간이 종료된 것으로 간주합니다.

2 제1항에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 사고에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제9조(무효 또는 해지인 경우의 환급)

1 보험계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 납입보험료 전액과 경과기간에 대하여 이 특별약관의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

2 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험계약의 해지가 피보험자의 출생 후에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

제10조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 태아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 태아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

2. 신생아보장(저체중아육아비용, 신생아입원일당)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입가능 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 아래 각 호에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 저체중아육아비용
   피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 미숙아(출생시 체중이 2.5kg 이하인 신생아를 말합니다)로 출생하여 인큐베이터(조산아 보육기를 말합니다)를 3일 이상 사용했을 때 2일 초과 인큐베이터 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 저체중아육아비용으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 저체중아육아비용의 지급일수는 60일을 최고 한도로 합니다.
2. 신생아입원일당
   피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표72】(출생전후기에 기원한 특정병태 분류표)에서 정하는 질병(이하 "출생전후기 질병"이라 합니다)으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 4일 이상 계속 입원한 경우에는 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 신생아입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 신생아입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유) 제2호 신생아입원일당의 경우 신생아가 동일한 출생전후기 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 출생전후기 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

2 제3조(보험금의 지급사유) 제2호 신생아입원일당의 경우 입원기간 중에 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 신생아입원일당을 계속 지급합니

다.
3 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
4 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 피보험자에 대하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
5 보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 저체중아육아비용 및 신생아입원일당을 지급하지 않습니다.

제6조(출생전후기의 정의)
이 특별약관에 있어서 "출생전후기"라 함은 임신 28주부터 생후 1주 사이의 기간을 말합니다.

제7조(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 출생전후기 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.

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(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 신생아의 출생일로부터 1년으로 합니다.

제10조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 태아 관련 일반조항을 따릅니다.
2 태아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

3. 선천이상수술비II

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입가능 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "선천이상II"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 선천이상수술비II로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 선천이상수술비II를 지급하지 않습니다.

제6조(선천이상II의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "선천이상II"이라 함은 "선천성기형, 변형 및 염색체 이상 분류표III"(【별표73】 선천성기형, 변형 및 염색체 이상 분류표III 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
2 제1항의 "선천이상II"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서

에 의합니다. 또한 회사가 "선천이상II"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(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	

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 태아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 태아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

4. 선천이상수술비(혀유착제외)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입가능 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "선천이상(혀유착증제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 선천이상수술비(혀유착증제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(선천이상(혀유착증제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "선천이상(혀유착증제외)"이라 함은 【별표74】(선천성기형, 변형 및 염색체 이상 분류표II)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "선천이상(혀유착증제외)"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "선천이상(혀유착증제외)"의 조사나

확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(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	

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 태아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 태아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

5. 특정선천이상수술비

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입가능 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정선천이상"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정선천이상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 특정선천이상수술비를 지급하지 않습니다.

제6조(특정선천이상의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정선천이상"이라 함은 【별표75】(특정선천성기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "특정선천이상"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "특정선천이상"의 조사나 확인을 위하여 필요하다

고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(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	

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 태아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 태아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

6. 선천이상입원일당(1일이상)

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입가능 합니다.

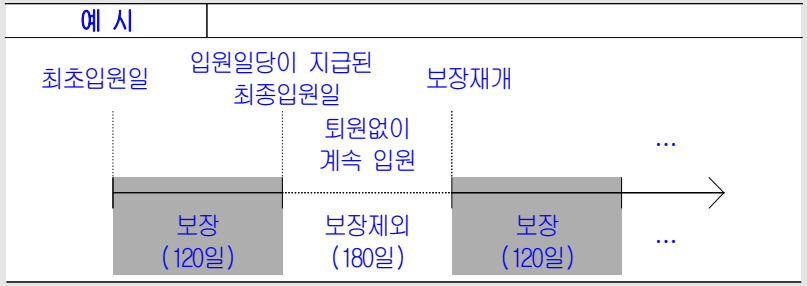
제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "선천이상"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 선천이상입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 선천이상입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 선천이상입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 선천이상입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 선천이상입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



2 피보험자가 "선천이상"에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 선천이상입원일당을 계속 지급합니다.

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

4 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(선천이상의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "선천이상"이라 함은 【별표76】(선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "선천이상"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "선천이상"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(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 제3조(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.

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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 태아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 태아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

7. 특정선천이상진단비

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입가능 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정선천이상"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정선천이상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 특정선천이상진단비를 지급하지 않습니다.

제6조(특정선천이상의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정선천이상"이라 함은 【별표75】(특정선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "특정선천이상"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "특정선천이상"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 아래의 질병에 대해서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의원급 의료기관에서의 외래를 통한 진단은 인정하지 않습니다.

분류항목	분류번호
선천 기관연화증	Q32.0
머리, 얼굴, 척추, 가슴의 근육골격 변형	Q67.0 ~ Q67.8
기타 근육골격 변형	Q68.0, Q68.3 ~ Q68.5
척추 및 가슴뼈의 선천 기형	Q76.0, Q76.5
부유두	Q83.3
확대성 및 비대성 손발톱	Q84.5
달리 분류되지 않은 균형성 재배열 등	Q95.0, Q95.1

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정선천이상진단비가 지급된 경우에는 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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 태아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 태아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

8. 특정변형두상진단비

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입가능 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정변형두상"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정변형두상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 특정변형두상진단비를 지급하지 않습니다.

제6조(특정변형두상의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정변형두상"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표136】(특정변형두상 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "특정변형두상"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 신체계측학적 평가와 함께 X-Ray, CT, 초음파검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정변형두상"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정변형두상진단비가 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급

금을 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(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 태아 관련 일반조항을 따릅니다.

2 태아 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸) 및 제38조(중도인출)는 제외합니다.

특별약관

제9장 부양자 관련 특별약관

제9장 부양자 관련 특별약관

부양자 관련 일반조항

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 상해 및 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 보통약관 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의)를 따릅니다. 다만, 피보험자는 각 특별약관에서 정한 "피보험자의 범위"를 따릅니다.

1. 임신출산질환수술비

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母))에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 제4조(임신출산관련질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "임신출산관련질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 임신출산질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(임신출산관련질환의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 "임신출산관련질환"이라 함은 【별표77】(임신출산관련질환 분류표)에서 정한 질환을 말합니다.
② "임신출산관련질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "임신출산관련질환"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 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	

제6조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제7조(보험료의 납입)
이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.
2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

2. 임신출산질환입원일당

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母))에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 제4조(임신출산관련질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 "임신출산관련질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 4일이상 계속 입원한 경우에는 3일초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 임신출산질환입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 임신출산질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유)의 임신출산질환입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 임신출산질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 임신출산질환입원일당이 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 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 임신출산질환입원일당을 계속 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 임신출산질환입원일당의 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 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(임신출산관련질환의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "임신출산관련질환"이라 함은 【별표77】(임신출산관련질환 분류표)에서 정한 질환을 말합니다.
2 "임신출산관련질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "임신출산관련질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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 임신출산관련질환의 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.

3 이 특별약관에 있어서 "임신출산관련질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 임신출산관련질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 임신출산관련질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 임신출산관련질환을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 임신출산관련질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 임신출산관련질환으로 진단된 경우에는 이는 임신출산관련질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제7조(보험료의 납입)
이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.
2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

3. 모성사망

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母))에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다)중에【별표78】(여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표)에서 정한 "여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병"으로 인하여 임신중 또는 분만후 42일 이내에 사망한 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 모성사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(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 제2조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.
2 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(여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병"이라 함은 【별표78】(여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 임신 중 또는 분만후 42일까지로 합니다.

제6조(보험료의 납입)
이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 모성사망보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 제2조(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.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

4. 유산수술비

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 "유산"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 유산수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(유산의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "유산"이라 함은 【별표79】(유산 분류표)에서 정한 항목을 말합니다.

2 "유산"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "유산"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 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	

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제7조(보험료의 납입)

이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)

에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.
2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

5. 유산입원일당

제1조(피보험자의 범위)
특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 "유산"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 4일 이상 계속 입원한 경우에는 3일 초과 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 유산입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 유산입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유)의 유산입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 유산입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 유산입원일당이 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 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 유산입원일당을 계속 지급합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 유산입원일당의 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 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(유산의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "유산"이라 함은 【별표79】(유산 분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
2 "유산"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 "유산"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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 유산치료가 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.
3 이 특별약관에 있어서 "유산의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 유산으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 유산의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 유산을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 유산의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 유산으로 진단된 경우에는 이는 유산의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제7조(보험료의 납입)
이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

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)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.
2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

6. 임신중독증(자간포함)진단비

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母))에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 "임신중독증(자간포함)"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 임신중독증(자간포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(임신중독증(자간포함)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "임신중독증(자간포함)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(임신중독증(자간포함)의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "임신중독증(자간포함)"이라 함은 【별표80】(임신중독증(자간포함) 분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
2 제1항의 "임신중독증(자간포함)"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 이 진단은 유효한 각종 검사를 기초로 하여야하며, 회사가 "임신중독증(자간포함)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
3 단, 보험기간 이전에 임신중독증(자간포함)으로 이미 진단받은 사실이 있으면 보장하지 않습니다.

제5조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제6조(보험료의 납입)
이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 임신중독증(자간포함)진단비를 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.

제8조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.
2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

7. 부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형)

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관의 피보험자의 부양자로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

② 제1항의 부양자는 민법 제974조에서 정한 부양의무를 지닌 자를 말합니다.

1. 직계혈족
2. 기타 친족(생계를 같이 하는 경우에 한합니다)

③ 제2항 제2호의 친족은 혈족, 인척을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 질병으로 사망한 경우에는 아래에 정한 금액을 부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형)을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액	지급시기 및 지급횟수
이 특별약관 보험가입금액의 5% 해당액	매년 지급사유 발생해당일에 20년간 확정지급(20회)

예 시	보험가입금액 1,000만원

총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,000만원	가입금액의 5%× 20회	1,000만원	50만원

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.
예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일
=> 지급사유 발생해당일: 10월 1일
예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일
=> 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

"호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유)의 "사망"의 원인 및 "사망보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형)을 지급하였을 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제2조(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.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

② 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

8. 부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형)

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관의 피보험자의 부양자로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

② 제1항의 부양자는 민법 제974조에서 정한 부양의무를 지닌 자를 말합니다.

1. 직계혈족
2. 기타 친족(생계를 같이 하는 경우에 한합니다)

③ 제2항 제2호의 친족은 혈족, 인척을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래에 정한 금액을 부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형)을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액	지급시기 및 지급횟수
이 특별약관 보험가입금액의 5% 해당액	매년 지급사유 발생해당일에 20년간 확정지급(20회)

예 시	보험가입금액 1,000만원

총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,000만원	가입금액의 5%× 20회	1,000만원	50만원

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.
예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일
=> 지급사유 발생해당일: 10월 1일
예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일
=> 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(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.

2 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유)의 "사망"의 원인 및 "사망보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.

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.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형)을 지급하였을 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 제2조(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.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

9. 부양자사망자녀교육지원금 I (질병사망)

제1조(피보험자의 범위)

1 이 특별약관에서의 피보험자는 자녀의 부양자로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

2 제1항의 자녀는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자 중 지정한 자녀(이하 "자녀"라 합니다)로 합니다.

3 제1항의 부양자는 민법 제974조에서 정한 부양의무를 지닌 자를 말합니다.

1. 직계혈족
2. 기타 친족(생계를 같이 하는 경우에 한합니다)

4 제3항 제2호의 친족은 혈족, 인척을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 질병으로 사망한 경우에는 제2항에서 정한 금액을 부양자사망자녀교육지원금Ⅰ(질병사망)보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 부양자사망자녀교육지원금Ⅰ(질병사망)보험금은 지급사유 발생해당일부터 각 지급시기(자녀의 보험나이 기준)에 도래하는 지급사유 발생해당일에 아래와 같이 확정 지급합니다.

구분	지급시기 (자녀의 보험나이 기준)		지급금액 (이 특별약관 보험가입금액기준)
교육자금	초등학교(7세~12세)	해당 보험나이의 지급사유 발생해당일(매년)	20%
	중학교(13세~15세)		20%
	고등학교(16세~18세)		25%
	대학교(19세~22세)		30%
결혼 준비자금	29세	해당 보험나이의 지급사유 발생해당일(1회)	125%

③ 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

④ 제2항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일
최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일 => 지급사유 발생해당일: 10월 1일 예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일 => 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

"호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유)의 "사망"의 원인 및 "사망보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 부양자사망자녀교육지원금Ⅰ(질병사망)보험금을 지급하였을 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제2조(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.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

② 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

10. 부양자사망자녀교육지원금Ⅱ(상해사망)

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서의 피보험자는 자녀의 부양자로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

② 제1항의 자녀는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자 중 지정한 자녀(이하 "자녀"라 합니다)로 합니다.

③ 제1항의 부양자는 민법 제974조에서 정한 부양의무를 지닌 자를 말합니다.

1. 직계혈족
2. 기타 친족(생계를 같이 하는 경우에 한합니다)

④ 제3항 제2호의 친족은 혈족, 인척을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 제2항에서 정한 금액을 부양자사망자녀교육지원금Ⅱ(상해사망)보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 부양자사망자녀교육지원금Ⅱ(상해사망)보험금은 지급사유 발생해당일부터 각 지급시기(자녀의 보험나이 기준)에 도래하는 지급사유 발생해당일에 아래와 같이 확정지급합니다.

구분	지급시기 (자녀의 보험나이 기준)		지급금액 (이 특별약관 보험가입금액기준)
교육자금	초등학교(7세~12세)	해당 보험나이의 지급사유 발생해당일(매년)	20%
	중학교(13세~15세)		20%
	고등학교(16세~18세)		25%
	대학교(19세~22세)		30%
결혼 준비자금	29세	해당 보험나이의 지급사유 발생해당일(1회)	125%

3 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

4 제2항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일
최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일 => 지급사유 발생해당일: 10월 1일 예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일 => 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(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.

2 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유)의 "사망"의 원인 및 "사망보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.

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.	

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 부양자사망자녀교육지원금II(상해사망)보험금을 지급하였을 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸되며 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 제2조(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.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

11. 여성산과관련 자궁적출수술비

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 "여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 【별표81】(자궁적출수술 분류표)에서 정한 자궁적출수술을 받은 때에는 최초 1회 수술에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 여성산과관련 자궁적출수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표78】(여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표)에서 정한 유산된 임신, 임신,출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애, 주로 임신에 관련된 기타 산모장애, 태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리, 진통 및 분만의 합병증, 분만, 주로 산후기에 관련된 합병증을 말합니다.

2 "여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 "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(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 임신 중 또는 분만후 42일까지로 합니다.

제7조(보험료의 납입)

이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성산과관련 자궁적출수술비를 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.

제9조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니

다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

12. 태반조기박리진단비

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "태반조기박리"로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 태반조기박리 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(태반조기박리의 정의 및 진단확정)에서 정한 "태반조기박리"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(태반조기박리의 정의 및 진단 확정)
1 이 특별약관에 있어 "태반조기박리"라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표82】(태반조기박리 분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
2 제1항의"태반조기박리"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 "태반조기박리"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제6조(보험료의 납입)
이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 태반조기박리진단비를 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.

제8조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.
2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

13. 특정임신중당뇨병진단비

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다. 단, 임신 22주 이내의 임신한 모(母)에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 "특정임신중당뇨병"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정임신중당뇨병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(특정임신중당뇨병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정임신중당뇨병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(특정임신중당뇨병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정임신중당뇨병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표40】(특정임신중당뇨병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 "특정임신중당뇨병"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 "특정임신중당뇨병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제6조(보험료의 납입)

이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정임신중당뇨병진단비를 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.

제8조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

② 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

14. 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관의 피보험자의 부양자로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

② 제1항의 부양자는 민법 제974조에서 정한 부양의무를 지닌 자를 말합니다.

1. 직계혈족
2. 기타 친족(생계를 같이 하는 경우에 한합니다)

③ 제2항 제2호의 친족은 혈족, 인척을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액	지급시기 및 지급횟수
이 특별약관 보험가입금액의 5% 해당액	매년 지급사유 발생해당일에 20년간 확정지급(20회)

예 시	보험가입금액 1,000만원		
총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,000만원	가입금액의 5%× 20회	1,000만원	50만원

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일
최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일 => 지급사유 발생해당일: 10월 1일 예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일 => 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)의 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 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 지급하지 않습니다.

4 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.

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 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이미 지급받은 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 계약에서 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이를 차감하여 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

15. 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)

제1조(피보험자의 범위)

1 이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관의 피보험자의 부양자로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

2 제1항의 부양자는 민법 제974조에서 정한 부양의무를 지닌 자를 말합니다.
1. 직계혈족
2. 기타 친족(생계를 같이 하는 경우에 한합니다)

3 제2항 제2호의 친족은 혈족, 인척을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】(장해

분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액	지급시기 및 지급횟수
이 특별약관 보험가입금액의 5% 해당액	매년 지급사유 발생해당일에 20년간 확정지급(20회)

예 시	보험가입금액 1,000만원

총지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
1,000만원	가입금액의 5%× 20회	1,000만원	50만원

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.
예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일
=> 지급사유 발생해당일: 10월 1일
예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일
=> 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(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 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 지급하지 않습니다.

4 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.

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 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이미 지급받은 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 계약에서 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)에서 이를 차감하여 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)을 지급하였을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니

다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

16. 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)

제1조(피보험자의 범위)

1 이 특별약관에서의 피보험자는 자녀의 부양자로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

2 제1항의 자녀는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자 중 지정한 자녀(이하 "자녀"라 합니다)로 합니다.

3 제1항의 부양자는 민법 제974조에서 정한 부양의무를 지닌 자를 말합니다.

1. 직계혈족
2. 기타 친족(생계를 같이 하는 경우에 한합니다)

4 제3항 제2호의 친족은 혈족, 인척을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 제2항에서 정한 금액을 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해) 보험금을 보험수익자, 수익자 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 제1항의 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)보험금은 지급사유 발생해당일부터 각 지급시기(자녀의 보험나이 기준)에 도래하는 지급사유 발생해당일에 아래와 같이 확정 지급합니다.

구분	지급시기 (자녀의 보험나이 기준)		지급금액 (이 특별약관 보험가입금액기준)
교육자금	초등학교(7세~12세)	해당 보험나이의 지급사유 발생해당일(매년)	20%
	중학교(13세~15세)		20%
	고등학교(16세~18세)		25%
	대학교(19세~22세)		30%
결혼 준비자금	29세	해당 보험나이의 지급사유 발생해당일(1회)	125%

3 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

4 제2항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일
최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.	
예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일	=> 지급사유 발생해당일: 10월 1일
예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일	=> 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)의 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 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)보험금을 지급하지 않습니다.

4 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.

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 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)보험금을 지급받은 동일한 부위

에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)보험금에서 이미 지급받은 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 계약에서 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)보험금을 지급하였을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

17. 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅱ(상해80%이상후유장해)

제1조(피보험자의 범위)

1 이 특별약관에서의 피보험자는 자녀의 부양자로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

2 제1항의 자녀는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자 중 지정한 자녀(이하 "자녀"라 합니다)로 합니다.

3 제1항의 부양자는 민법 제974조에서 정한 부양의무를 지닌 자를 말합니다.

1. 직계혈족
2. 기타 친족(생계를 같이 하는 경우에 한합니다)

4 제3항 제2호의 친족은 혈족, 인척을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 제2항에서 정한 금액을 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅱ(상해80%이상후유장해)보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 부양자후유장해자녀교육지원금Ⅱ(상해80%이상후유장해)보험금은 지급사유 발생해당일부터 각 지급시기(자녀의 보험나이 기준)에 도래하는 지급사유 발생해당일에 아래와 같이 확정지급합니다.

구분	지급시기 (자녀의 보험나이 기준)		지급금액 (이 특별약관 보험가입금액기준)
교육자금	초등학교(7세~12세)	해당 보험나이의 지급사유 발생해당일(매년)	20%
	중학교(13세~15세)		20%
	고등학교(16세~18세)		25%
	대학교(19세~22세)		30%
결혼 준비자금	29세	해당 보험나이의 지급사유 발생해당일(1회)	125%

3 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

4 제2항에도 불구하고 해당월의 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 마지막날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

예 시	지급사유 발생해당일
최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.	
예시1) 지급사유 발생일: 2024년 10월 1일	=> 지급사유 발생해당일: 10월 1일
예시2) 지급사유 발생일: 2028년 2월 29일	=> 지급사유 발생해당일: 2월 마지막날

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하

여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에 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 부양자후유장해자녀교육지원금II(상해80%이상후유장해)보험금을 지급하지 않습니다.

4 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.

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 부양자후유장해자녀교육지원금II(상해80%이상후유장해)보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 부양자후유장해자녀교육지원금II(상해80%이상후유장해)보험금에서 이미 지급받은 부양자후유장해자녀교육지원금II(상해80%이상후유장해)보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 계약에서 부양자후유장해자녀교육지원금II(상해80%이상후유장해)보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 부양자후유장해자녀교육지원금II(상해80%이상후유장해)보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 부양자후유장해자녀교육지원금II(상해80%이상후유장해)보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 부양자후유장해자녀교육지원금II(상해80%이상후유장해)보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 부양자후유장해자녀교육지원금II(상해80%이상후유장해)보험금을 지급하였을 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)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

18. 양수과다증진단비

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母))에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 "양수과다증"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양수과다증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(양수과다증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "양수과다증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우

에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(양수과다증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "양수과다증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표84】(양수과다증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "양수과다증"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 "양수과다증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제6조(보험료의 납입)

이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 양수과다증진단비를 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.

제8조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

19. 양수과소증진단비

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母))에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 "양수과소증"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양수과소증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(양수과소증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "양수과소증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(양수과소증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "양수과소증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표85】(양수과소증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 "양수과소증"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 "양수과소증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제6조(보험료의 납입)
이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 양수과소증진단비를 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.

제8조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.
2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

20. 양수색전증진단비

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母))에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 "양수색전증"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양수색전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(양수색전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "양수색전증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(양수색전증의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서 "양수색전증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표100】(양수색전증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 "양수색전증"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 "양수색전증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다. 다만, 분만과 관련된 양수색전증인 경우 분만시 발생한 것으로 합니다.

제6조(보험료의 납입)
이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 양수색전증진단비를 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.

제8조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.
2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계

약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

21. 다운증후군출산보장

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母))에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자로부터 태어난 자녀(보통약관의 피보험자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 "다운증후군"으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 다운증후군출산보장 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

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(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 이외에 이 특별약관 가입시 임신과정 또는 산전검사에서 다운증후군에 대한 태아이상 가능성이 발견되거나 진단을 받은 적이 있는 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 다운증후군출산보장 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(다운증후군의 정의 및 진단 확정)
1 이 특별약관에 있어 "다운증후군"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표101】(다운증후군 분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
2 "다운증후군"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) (치과의사 제외) 면허를가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "다운증후군"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 1년으로 합니다.

제7조(보험료의 납입)
이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 다운증후군출산보장 보험금을 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.

제9조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.
2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

22. 임신출산질환실손입원의료비(통상분만입원일수 제외)

제1조(목적)
이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자의 임신출산질환에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 계약일로부터 분만 후 42일까지로 합니다.(이하 이 특별약관의 보험기간은 "보험기간"이라 합니다)

제3조(보장종목)
회사가 판매하는 임신출산질환실손입원의료비(통상분만일수제외) 특별약관의 보장종목은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보장종목		보상하는 내용
질병	입원	피보험자가 임신출산질환으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우 보상(통상분만입원일수제외)

제4조(용어의 정의)
이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 【붙임】 과 같습니다.

제5조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제6조(보상하는 사항)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "임신출산질환【별표132】(임신출산질환(통상분만입원일수 제외) 분류표 참조. 이하 같습니다.)"으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 보험가입금액(상급병실료 차액은 보험가입금액의 10%) 한도 내에서 보상합니다.

구분	보상금액
입원실료, 입원제비용 입원수술비	"「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금"과 "비급여[주]"를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 보험기간동안 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외
상급병실료차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

위 표에서 "비급여"라 함은「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 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 임신출산질환으로 인한 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 보험가입금액(상급병실료차액은 보험가입금액의 10%)의 한도 내에서 보상합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 분만입원의 경우에는 총입원일수가 통상분만입원일수(자연분만은 4일, 제왕절개는 8일을 적용합니다. 이하 같습니다.)를 초과하는 경우에 한하여 제1항 및 제2항에 따라 계산한 금액에서 통상분만입원일수를 총입원일수로 나눈 비율을 추가로 공제한 후의 금액을 보험가입금액(상급병실료차액은 보험가입금액의 10%)의 한도 내에서 보상합니다.

예 시	보 상 예 시

(i) 단일 입원의 경우

사례	진단명 (진단코드)	입원 일수	의료비	보험금 (80%)	비고
1	유산(0021)	3일	200만원	160만원	
2	자연분만 (080)	3일	200만원	-	미보상 (통상분만입원일수 (4일)이내)
3	제왕절개 (082)	10일	200만원	32만원	보험금 계산방법주1) 참고

주1)

$$200만 \times 80\% \times \frac{(총입원일수(10일) - 통상분만입원일수(8일))}{총입원일수(10일)} = 32만$$

(ii) 두 건 이상의 연속되지 않은 입원의 경우

사례	진단명 (진단코드)	입원 일수	의료비	보험금 (80%)	비고
4	조기진통(060)	5일	100만원	80만원	
	제왕절개 (082)	6일	200만원	-	보상제외 (통상분만입원일수 (8일)이내)
5	자궁경관부전 (034)	7일	100만원	80만원	
	자연분만 (080)	5일	100만원	16만원	보험금 계산방법주2) 참고
6	유산(0001)	3일	100만원	80만원	
	산후출혈 (072)	5일	100만원	80만원	
7	양막조기파열 (0429)	6일	100만원	80만원	
	자연분만 (080)	4일	100만원	-	보상제외 (통상분만입원일수 (4일)이내)

주2)

$$100만 \times 80\% \times \frac{(총입원일수(5일) - 통상분만입원일수(4일))}{총입원일수(5일)} = 16만$$

예 시	보 상 예 시

※ 진단코드는 예시이며, 상급병실료 차액은 없는 것으로 가정
※ 예시에서의 의료비란「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 비급여를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)를 말합니다.

4 제1항 내지 제3항에 따라 보험기간 동안 보상하는 보험금 총액은 보험가입금액(상급병실료 차액은 보험가입금액의 10%)의 한도 내에서 보상합니다.
5 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 7일까지(보험기간 종료일은 제외합니다)의 입원의료비를 보상합니다.
6 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
7 회사는 피보험자가 임신출산질환으로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.

제7조(보상하지 않는 사항)

1 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
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. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비

2 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 제9차 한국표준질병사인분류에 정한 "달리 분류되지 않은 기타 산과적 병태(094-099)"
2. 총입원일수가 통상분만입원일수 이내인 분만입원에서 발생한 의료비. 다만,

총입원일수가 통상분만입원일수를 초과하는 분만입원의 경우에는 제6조(보상하는 사항) 제3항에 따라 보상합니다.

3. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 "의사"의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
4. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
5. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
6. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 이 특별약관에서 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
7. 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 이 특별약관에서 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
8. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
9. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
10. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
    가. 쌍꺼풀수술, 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
    라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
    마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
11. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
12. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제6조(보상하는 사항)에 따라 보상합니다.
13. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
14. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
15. 「모자보건법」 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용
16. 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비
    가. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
    나. 양수검사, 기형아검사
    다. 철분제 등의 영양제 및 영양수액

제8조(보험금 지급사유의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제6조(보상하는 사항)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴

대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

③ 제2항에 따라 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.	

④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 【부표1】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제12조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실 확인이 끝날 때까지 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.	

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제6조(보상하는 사항)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인 요청을 할 수 있습니다.

⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제11조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 "고지의무"와 같으며, 이하 "계약 전 알릴 의무"라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 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.

제12조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초 계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
3. 최초 계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 이 특별약관을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특별약관을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우 에는 특별약관을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

3 제1항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 따른 특별약관의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 위반사실과 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 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

7 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러 차례 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	

제13조(사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스병(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 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.

제14조(특별약관의 체결)

1 이 특별약관은 기본계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 기본계약에 부가하여 이루어집니다.

2 제1항에도 불구하고 기본계약의 보장개시일 이후에 이 특별약관을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 기본계약에 부가하여 이 특별약관을 체결할 수 있습니다.

3 회사는 피보험자가 이 특별약관에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말

합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

4 회사는 이 특별약관의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특별약관은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

5 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

6 회사가 제3항에 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.

7 제6항의 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

8 제6항의 "청약일로부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 이 약관 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 이 약관 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 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.

제15조(특별약관의 무효)

1 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 특별약관을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 특별약관은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

2 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조(특별약관 내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

1. 보험종목 또는 보장종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용

2 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.

3 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

4 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 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.	

5 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 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.

6 계약자는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특별약관의 내용을 변경할 수 없습니다.

7 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

8 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제17조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

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.	

제18조(보험료 정산에 관한 사항)

1 제2조(보험기간)에도 불구하고, 이 특별약관을 체결할 때 보험기간은 1년을 기준으로 체결하며, 보험기간 이후 납입한 이 계약의 보험료는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 정산하여 드립니다.

2 회사는 제1항에 따라 환급되는 보험료를 정산일까지 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

3 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험료 정산을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 분만과 관련된 사고증명서(입원치료확인서 등)
단, 상기 사고증명서는 피보험자의 가족관계등록부의 해당 증명서 또는 주민등록등본으로 대체가 가능합니다.

4 제3항 제2호의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조(특별약관의 보장개시일)

1 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 기본계약에 정한 보장개시일로 합니

다.

2 제1항에도 불구하고, 제14조(특별약관의 체결) 제2항에 의하여 기본계약의 보장개시일 이후에 이 특별약관을 청약하는 경우에는 이 특별약관의 보험계약일을 보장개시일로 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.	

제20조(특별약관의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)

1 이 특별약관의 보험료 납입기간은 이 특별약관을 부가할 때 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

3 제2항에도 불구하고 기본계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특별약관의 보험료 납입기간이 완료되지 않았을 경우에는 이 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

4 제2회 이후부터의 보험료 납입기일은 기본계약을 준용합니다.

용 어 풀 이	납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.	

제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

1 기본계약의 보험료를 납입하지 않아 기본계약이 해지된 경우에는 이 특별약관도 해지합니다.

2 계약자가 제2회부터의 이 특별약관의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 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, 이 특별약관이이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

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

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

4 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제2항에 따른 내용을 알려드립니다.

5 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 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.

6 회사가 제2항에 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 제2항에 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

7 제2항에 따라 이 특별약관이 해지된 경우에는 제25조(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.	

제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

1 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 특별약관이 해지되었으나 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특별약관의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 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 제11조(계약 전 알릴 의무), 제12조(알릴 의무 위반의 효과), 제13조(사기에 의한 계약), 제14조(특별약관의 체결) 및 제19조(특별약관의 보장개시일)를 준용합니다.
3 제1항에서 정한 해지계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제12조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제23조(계약자의 임의해지)

계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에 언제든지 특별약관을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조의1(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 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
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.

제24조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특별약관을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

2 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제25조(해약환급금)

1 이 특별약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다.
2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【부표1】에 따릅니다.
3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
4 제23조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제26조(다수보험의 처리)

1 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
2 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = (\text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$$

제27조(연대책임)

1 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

2 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부 인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제28조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.

2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

붙임 | 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법 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 금액
이미 납입한 보험료	계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 노동절은 제외
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사 면허를 가진 사람

용 어	정 의
의료기관	아래 각호를 말한다. 1.「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원(조산원 제외) 2.「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 "이와 동등하다고 인정되는 의료기관"	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비를 포함합니다), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병 · 부상 등에 대한 다음 각 호의 요양급여 1. 진찰 · 검사 2. 약제 · 치료재료의 지급 3. 처치 · 수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방 · 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송

용 어	정 의
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰 · 검사 2. 약제 · 치료재료의 지급 3. 처치 · 수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방 · 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」 에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제7조(보상하지 않는 사항)에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해 · 질병 · 간병보험 등 제3보험, 개인연금 · 퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험 · 공제계약을 포함합니다)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

용 어	정 의
분만	자궁 속에서 자란 태아와 태반을 밖으로 내어놓은 현상을 말하며, 자연분만과 제왕절개로 나뉨. 다만, 자궁 속에서 태아가 사망한 후에 자연분만 또는 제왕절개로 꺼내는 경우는 제외함
자연분만	수술하지 않고 자궁수축에 의해 질을 통해 태아가 만출되는 분만을 말함
제왕절개	복부와 자궁을 절개한 후 절개 부위를 통하여 태아를 꺼내는 수술을 말함
분만입원	분만 및 분만 후 회복을 위한 입원으로서 합병증 또는 동반상병 유무와 상관없이 분만을 위한 검사 및 분만 전 처치가 발생한날(다만, 제왕절개에 대해 포괄수가제(DRG) 적용시에는 포괄수가제(DRG)가 적용된 날)로부터 분만 후 회복 치료가 종료된 시점까지의 연속된 입원을 말함. 다만, 분만 이후 퇴원하여 동일한 일자에 재입원하거나 다른 의료기관으로 전원한 경우에는 연속된 입원으로 봄
통상분만 입원일수	분만입원시 일반적으로 소요될 수 있는 입원일수를 의미하며, 자연분만은 4일, 제왕절개는 8일을 적용함

부표1 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

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	1종	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 공시이율의 40%
		2종	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 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 제10조(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.

23. 출산전선별검사이상소견진단비

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母))에 한합니다. 이하 "피보험자"라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 "출산전선별검사이상소견"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 출산전선별검사이상소견진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

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(출산전선별검사이상소견의 정의 및 진단확정)에서 정한 "출산전선별검사이상소견"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 등을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 등을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(출산전선별검사이상소견의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "출산전선별검사이상소견"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표139】(출산전선별검사이상소견 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 제1항의 "출산전선별검사이상소견"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 "출산전선별검사이상소견"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제6조(보험료의 납입)
이 특별약관의 보험료는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(제2회 이후 보험료의 납입)에도 불구하고, 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 출산전선별검사이상소견진단비를 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.

제8조(준용규정)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 부양자 관련 일반조항을 따릅니다.
2 부양자 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절 일반조항 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제26조(계약의 소멸), 제38조(중도인출) 및 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 제2항 내지 제3항은 제외합니다.

특별약관

제10장 배상책임 관련 특별약관

제10장 배상책임 관련 특별약관

배상책임 관련 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. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

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 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 비용을 포함합니다) 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 의하여 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.

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+ 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)

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 인하 여 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 제36조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 계약의 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 제31조(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.

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.

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 위험감수 능력이 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 발송사실을 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.	

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	

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	

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 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.

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 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 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 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

3 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

4 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

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.	

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 "금융소비자 보호에 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 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.

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 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조(준용규정)

배상책임 관련 일반조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 배상책임 관련 일반조항에서는 보통약관 제1절 일반조항 제3조(보험금의 지급사유), 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무), 제23조(계약의 무효), 제26조(계약의 소멸), 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 및 제38조(중도인출)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 관련 일반조항 제4조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   - 나. 피보험자가 배상책임 관련 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 제외합

니다)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.

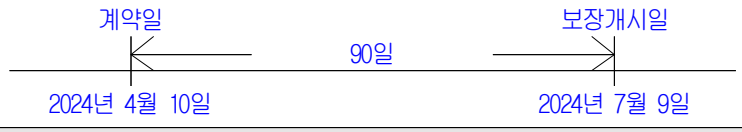
3 제3조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

4 제1항의 "신체"는 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

5 제1항의 경우 보장개시일은 다음과 같습니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

구 분		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 "제도성 특별약관 - 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관"에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

7 제5항에도 불구하고 "제도성 특별약관 - 계약전환 특별약관"에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 보장개시일은 "전환후 계약"의 계약일로 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
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, 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. 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 보상한도액내에서 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 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 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)

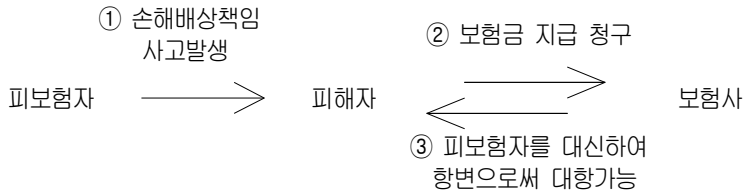
1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

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.

용 어 풀 이	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)

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 제31조(보험료의 납

입을 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 관련 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 관련 일반조항 제4조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
나. 피보험자가 배상책임 관련 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 위 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
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 보상한도액내에서 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 설치

된 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 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 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)

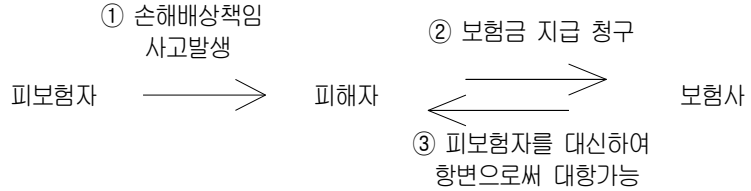
1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

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 붙

여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

용 어 풀 이	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)

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 관련 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

제11장 제도성 특별약관

제11장 제도성 특별약관

1. 출생전 자녀가입

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

용 어	정 의
태아	계약을 체결 할 때에 출생하지 않은 자(자녀)로 피보험자가 될 자를 말합니다.
임신부	위의 태아를 임신하고 있는 여성을 말합니다.
출생일	피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본에 기재된 출생일로서 주민등록번호 앞의 6자리를 기준으로 합니다.
출생예정일	임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일로써 계약체결시 청약서에 기재된 출생예정일을 말합니다.
태아보장기간	계약체결일로부터 출생시점(출생일, 출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 말합니다.
태아위험보장	태아보장기간에 대한 보험료를 추가로 납입하고 계약일로부터 출생시점까지 발생한 위험을 보장하는 것을 말합니다. 따라서, 태아보장기간 이후에도 태아보장기간 중에 발생한 위험을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에도 보험금을 지급합니다.

제2조(계약의 체결 및 효력)

① 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우, 이 특별약관은 보통약관의 보험계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절 일반조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일에 시작하여 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 한 기간까지 적용됩니다.

③ 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에도 불구하고, 태아에 대한 계약자의 청약 승낙여부를 판단하기 위하여 임신부의 가입연령 및 건강상태, 직무 등을 확인할 수 있습니다.

④ 회사는 제3항에 따라 승낙을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액의 제한, 일부보장 제외, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

⑤ 보통약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관은 보통약관의 피보험자로 될 자가 계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 태아인 계약에 대하여 적용합니다.

② 제1항의 태아는 출생을 조건으로 보험계약 체결 시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.

③ 이 특별약관은 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한함)의 위험을 보장하는 특별약관 중 적어도 하나의 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제4조(출생통지)

① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 지체없이 아래의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
2. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

② 회사의 제1항의 알림이 있는 경우 다음 각 호의 사항을 확정합니다.

1. 피보험자의 성별
2. 출생일
3. 출생일 기준의 태아보장기간 및 출생일 이후의 보험기간 및 납입기간

③ 회사는 제1항의 알림 및 제2항의 확정이 있는 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.

제5조(유산 또는 사산 등)

① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 특별약관(다만, 피보험자가 부양자인 "부양자관련 특별약관"은 제외합니다)을 무효로 합니다.

② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 통지서(회사양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
3. 보험증권
4. 최종보험료 영수증

③ 회사는 제2항의 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.(다만, 피보험자가 부양자인 "부양자관련 특별약관"은 제외합니다)

제6조(복수출생의 경우)

① 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 출생아 각각을 피보험자로 지정할 수 있으며,

회사는 이에 따릅니다. 다만, 하나의 계약이 체결된 경우에는 출생아 중 1명만을 피보험자로 지정할 수 있으며, 그 외의 출생아에 대해서는 새로운 계약의 피보험자로 지정할 수 있습니다.

2 제1항의 피보험자가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 1인을 새로운 피보험자로 할 수 있습니다.

3 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
3. 보험증권

4 제2항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그때부터 변경후의 피보험자에 대해서 계약상의 보장을 합니다.

5 제1항 내지 제2항의 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.

6 제2항의 피보험자 변경이 이루어진 경우에는 변경전 피보험자에 대한 보험금은 지급되지 않습니다.

7 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망케한 경우에는 제2항의 피보험자 변경을 하지 않습니다.

제7조(보험나이 등의 계산 및 특례)

1 보통약관 제1절 일반조항 제25조(보험나이 등)에서 적용하는 피보험자의 보험나이는 출생일에 0세로 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 출생예정일 이후에도 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우, 출생예정일에 0세로 하고 그 출생통지에 따른 확정이 이루어지기 전까지 출생일은 출생예정일로 합니다.

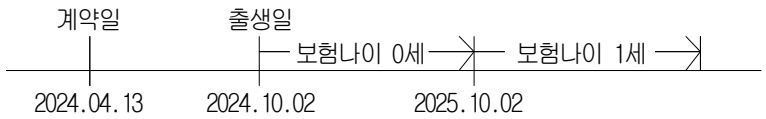
3 이 계약의 계약해당일은 태아보장기간에는 최초계약일, 출생일 이후에는 출생일로 합니다.

예 시

· 보험나이 계산

현재(계약일) : 2024년 4월 13일

출생예정일 : 2024년 10월 5일, 출생일 : 2024년 10월 2일



· 계약해당일 계산

출생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 태아가 출생하기 전에는 최초계약일과 동일한 월, 일을 적용합니다. 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

출생일: 2024년 10월 1일 => 계약해당일: 10월 1일

출생일: 2028년 2월 29일 => 계약해당일: 2월 말일

제8조(보험료의 적용에 관한 사항)

1 계약체결시 피보험자가 태아일 경우 계약일부터 출생시점까지의 태아보장기간에 태아위험보장을 위한 보장보험료를 적용합니다. 또한 피보험자 남자 기준 보장보험료의 합계액과 피보험자 여자 기준 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다.

2 출생예정일이 도래한 경우 차회 이후의 보장보험료는 보험나이 0세 기준으로 변경하여 적용합니다. 그 보장보험료는 계약체결시의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산하며, 피보험자 남자 기준 보장보험료의 합계액과 피보험자 여자 기준 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다.

3 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 제4조(출생통지) 제2항의 확정이 있는 경우 제9조(보험료 정산에 관한 사항)에 따라 보험료 정산이 발생할 수 있습니다.

제9조(보험료 정산에 관한 사항)

1 계약자가 제4조(출생통지) 제2항에서 확정한 내용이 다음에 해당하는 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경된 보험료로 정산합니다.

1. 계약체결시 적용한 성별과 출생시 성별이 다른 경우
2. 계약체결시 출생예정일과 출생일이 다른 경우
3. 계약체결시 보험기간과 출생시 보험기간이 다른 경우

2 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

3 제2항의 회사가 지급하여야 할 금액 또는 계약자가 납입하여야할 금액은 제1항에

따라 계산된 정산보험료와 이에 대한 이자(정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.

4 제1항에 따라 보험료를 정산한 이후에 성별에 따라 보험료가 변경될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

예 시	

· 보험료 정산 계산

- 출산예정일 : 계약일 +6개월
- 태아등록(출생일확정)일 : 계약일 +1년 (총 12회 납입)
- 보험료(월납) : 태아 100원 / 0세 10,000원 (태아보장 5,000원, 기타 5,000원)

구 분	예정일 1개월 전 출산	예정일 1개월 후 출산
납입 보험료	60,600원 (= 6회*100원 + 6회*10,000원)	
필요 보험료	70,500 (= 5회*100원 + 7회*10,000원)	50,700원(= 7회*100원 + 5회*10,000원)
정산 금액	9,900원 추징	9,900원 환급

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 부양자추가

제1조(특별약관의 체결)

1 회사는 이 특별약관에 따라 부양자관련 특별약관의 피보험자를 보험증권에 기재된 부양자(이하 "주된 부양자"이라 합니다)이외에 추가하여 보험증권에 기재된 부양자까지 확대하여 적용합니다.

2 제1항에 따라 주된 부양자 이외의 부양자가 추가할 수 있는 특별약관은 아래와 같습니다.

1종 【1형(자녀 납입면제 환급형), 2형(자녀 납입면제 기본형)】
부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형)
부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형)
부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형)
부양자사망자녀교육지원금Ⅰ(질병사망)
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해)
부양자사망자녀교육지원금Ⅱ(상해사망)
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅱ(상해80%이상후유장해)
2종 【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】
부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형)
부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형)

제2조(피보험자의 변경)

제1조(특별약관의 체결) 제2항에서 정한 특별약관의 경우 피보험자가 이 보험에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 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 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않거나 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회활동과 출퇴근용도 등 주로 사용하게 된 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하거나 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제합니다.

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 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제32조(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.

4. 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 보아 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 사유 없이 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.

5. 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 제18조(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(【별표83】(특정 신체부위 · 질병 분류표III) 참조)으로 제한하여 적용하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사

정기준(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(이하 보통약관이라 합니다) 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 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 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 【별표83】(특정신체부위 · 질병 분류표III)중에서 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 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 부위(이하 "특정신체부위"라 합니다)에 발생한 질병 (【별표83-1】(특정 신체부위 분류표III)) 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다) (【별표83-2】(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 종료일 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 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하며, 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제합니다.
1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 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 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6. 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 날중 계약자가 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 추가특별약관

제1조(보험료의 납입)
1 계약자가 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 제20조(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.

7. 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, 갱신시점에서 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 잔여보험기간이 갱신전 보장특약의 보험기간보다 짧은 경우에는 갱신 보장특약의 보험기간 중 사업방법서에서 정한바에 따라 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신하고 납입기간은 전기납으로 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 보장특약의 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 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

5 제1항에도 불구하고 신체건강(시력교정비【갱신계약, 예약】)특별약관, 신체건강(시력치료비【갱신계약, 예약】)특별약관, 부정교합치료비【갱신계약, 예약】특별약관은 보통약관 보험계약일에 피보험자의 보험나이가 1세 또는 4세인 경우 이 특별약관의 최초계약의 보험기간은 1년으로 하며, 피보험자의 보험나이가 2세 또는 5세인 경우 최초계약의 보험기간은 2년으로 합니다.

6 제1항에도 불구하고 불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약, 예약】, 어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】, 어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】, 어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약, 예약】 및 어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약, 예약】 특별약관은 보통약관 보험계약일에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 또는 피보험자의 보험나이가 0세인 경우 이 특별약관의 최초계약의 보험기간은 1년으로 하며, 피보험자의 보험나이가 1세인 경우 최초계약의 보험기간은 2년으로 합니다.

7 제1항에도 불구하고 신체성장(소아성장호르몬결핍증치료비(급여,연간1회한)【갱신계약, 예약】)특별약관은 보통약관 보험계약일에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 또는 피보험자의 보험나이가 0세인 경우 이 특별약관의 최초계약의 보험기간은 1년으로 하며, 피보험자의 보험나이가 1세인 경우 최초계약의 보험기간은 2년으로 합니다.

8 제1항에도 불구하고 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】, 갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】, 비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】, 신재진단암II 표적항암약물허가치료비【갱신계약, 예약】, 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】, 전이암II표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】및 전이암II비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 특별약관의 보험나이 18세 계약해당일에 적용하는 최초계약의 보험기간은 아래와 같습니다.

갱신주기	보통약관 보험계약일 피보험자의 보험나이	최초계약의 보험기간
10년만기 자동갱신	태아, 0세, 10세	2년
	1세, 11세	3년
	2세, 12세	4년
	3세, 13세	5년
	4세, 14세	6년
	5세, 15세	7년
	6세	8년
	7세	9년
	8세	10년
	9세	1년

9 제1항에도 불구하고 특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약, 예약】특별약관의 보험나이 15세 계약해당일에 적용하는 최초계약의 보험기간은 아래와 같습니다.

갱신주기	보통약관 보험계약일 피보험자의 보험나이	최초계약의 보험기간
5년만기 자동갱신	0세, 5세, 10세	5년
	1세, 6세, 11세	1년
	2세, 7세, 12세	2년
	3세, 8세, 13세	3년
	4세, 9세, 14세	4년

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 제30조(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 자동 갱신된 경우에는 갱신보장특약의 제1회 보험료를 갱신 일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신보장특약의 제1회 보험료를 납입하지 않는 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(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.

4 보통약관 제1절 일반조항 제4조(보장보험료 납입면제)에도 불구하고 계약자는 제1항에 따라 이 특별약관의 보험기간동안 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(갱신보장특약의 보장개시)
제2조(보장특약의 자동갱신)에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장특약의 보장개시는 갱신일 당일로 합니다.

제6조(준용규정)
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 보장특약을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제4조(보장보험료 납입면제)는 제외합니다.

8. 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.

9. 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 장애인전용

관 련 법 규	소득세법

보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험, 공제로서 보험, 공제 계약 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 제1항의 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 전환대상

계약 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 전환대상계약이 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.

10. 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.

11. 계약전환

제1조(특별약관의 적용)

이 특별약관은 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제1종 계약의 보험계약자가 제2조(계약전환 안내)에서 정한 안내를 받고 제1종 계약의 보험기간 종료일 이전까지 계약전환을 신청한 경우에 한하여, 제1종 계약의 보험기간 종료시점에 제1종 계약을 제3종 계약으로 전환하는 경우에 적용합니다. 단, 1종 2형 계약은 3종 2형 또는 3종 3형 계약으로만 전환 가능합니다.(이하, 제1종 계약은 "전환전 계약", 제3종 계약은 "전환후 계약"이라 합니다.)

제2조(계약전환 안내)

[1] 회사는 전환전 계약의 보험기간이 종료되기 1개월 이전까지 계약전환에 관한 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 알려드립니다.

[2] 회사가 제1항에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제3조(계약전환 대상자)

전환 후 계약의 피보험자는 전환 전 계약의 기본계약 피보험자로 합니다. 다만, 전환 전 계약의 부양자는 계약전환 대상 피보험자에서 제외합니다.

제4조(전환 후 계약의 체결)

계약자는 제1조(특별약관의 적용)에서 정한 절차에 따라 계약전환을 신청할 수 있으며, 계약 전환시 전환 후 계약의 보장개시일은 전환 전 계약의 보험기간 종료일의 다음날로 합니다.

예 시	5세의 피보험자가 전환전 계약을 30세 만기로 가입한 경우
전환전 계약의 계약일 : 2024년 2월 1일 전환후 계약의 보장개시일 : 2049년 2월 1일	

제5조(전환 후 계약의 보험료 납입)

[1] 계약자는 전환 전 계약의 만기환급금 및 보험료 등에 관계없이 전환 후 계약의 청약시 선택한 보험료 납입주기, 납입방법 등에 따라 보험료를 납입하여야 합니다.

2 전환후 계약의 보험료는 전환전 계약 최초 가입 당시의 보험요율을 적용합니다. 다만, 갱신형으로 운영되는 전환후 계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.
3 갱신형으로 운영되는 전환후 계약을 부가한 경우에는 해당 특별약관의 보험료는 납입기간 동안 계속 납입해야 합니다.

제6조(전환 후 계약 약관의 준용)
1 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 전환 후 계약의 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.
2 이 특별약관에 정한 사항과 전환 후 계약의 약관에서 정한 사항이 서로 다를 경우 이 특별약관에서 정한 사항을 우선하여 적용합니다.

12. 대리청구인 지정 서비스

제1조(목적)
이 특별약관(이하 "특별약관"은 "특약"이라 합니다)은 보험수익자의 대리인이 보험금(사망보험금 제외)을 대리하여 청구하고 수령하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1. 계약관계 관련 용어
   가. 보통약관: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 특약: 보통약관에 부가하는 보험계약을 말합니다.
   다. 보험계약자: 보험회사(이하 "회사"라 합니다)와 보험계약(이하 "계약"이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이하 "계약자"라 합니다.
   라. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 대리청구인 관련 용어
   가. 기명 대리청구인: 보험수익자가 보통약관 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제7조(대리청구인의 지정) 제1항 제1호에 따라 기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.
   나. 무기명 대리청구인: 보험수익자가 보통약관 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제7조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 무기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

제3조(보험금의 청구)
1 제7조(대리청구인의 지정) 제1항에서 지정된 대리청구인(이하, "대리청구인"이라 합니다)은 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 대리청구인의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 "신분증"이라 합니다)
4. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본
5. 기타 대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(보험금의 지급절차)
1 제7조(대리청구인의 지정) 제1항에서 지정된 대리청구인은 제3조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 해당 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
2 제1항에도 불구하고, 제7조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 지정된 무기명 대리청구인이 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하는 경우에는 해당 보험금은 보험수익자의 계좌로 지급됩니다. 다만, 2인 이상의 무기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 한 명이 보험금을 청구할 수 있습니다.
3 제1항에 따라 회사가 보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
4 제7조(대리청구인의 지정) 제1항에 따라 지정된 대리청구인이 가족관계등록부상

배우자였으나 보험금 청구 시점 당시 가족관계등록부상의 배우자가 아닐 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

제5조(특약의 성립과 적용대상)

1 이 특약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.

2 이 특약의 적용대상은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특약으로 합니다.

제6조(특약의 소멸)

제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항에 따른 적용대상 계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

제7조(대리청구인의 지정)

1 계약자는 다음 중 어느 하나의 방식으로 대리청구인을 지정할 수 있습니다.

1. 제2항에서 정한 대리청구인 지정 가능 범위에 해당하는 자 중에서 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인 지정)을 기명하여 지정할 수 있습니다.
2. 제1호에도 불구하고, 무기명으로 제3조(보험금의 청구) 제1항 제4호의 서류에서 확인할 수 있는 대리청구인을 지정할 수 있습니다. 단, 지정된 무기명 대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

예 시	대리청구인 지정 예시

· 기명 대리청구인

- 계약자가 기명하여 지정 : (예시) **"김00"**

· 무기명 대리청구인

- 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지명 : (예시) **가족관계등록부 상 배우자**

예 시	무기명 대리청구인 판단 예시

· 보험 가입 당시 무기명 대리청구인을 **가족관계등록부 상 배우자**(당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구하는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B인 경우

→ 해당 시점 대리청구인은 제3조(보험금의 청구) 제1항 제4호로 증명할 수 있는 배우자 B

2 제1항에 따라 지정 가능한 대리청구인은 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다. 또한, 제8조(대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 제3조(보험금의 청구)에 따른 보험금 청구 시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족. 단, 제1항 제2호에 따른 무기명 대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속.

3 제1항에 따라 대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 대리청구인 지정 신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 등 계약자와의 관계를 증명할 수 있는 서류
4. 개인정보 관련 동의서

4 제3항에도 불구하고, 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 지정하는 경우에는 제3항 제3호 내지 제4호에 해당하는 서류는 제출하지 않습니다.

5 제1항에도 불구하고, 대리청구인이 지정된 이후에 제5조(특약의 성립과 적용대상) 제2항에 따른 적용대상 계약의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제8조(대리청구인의 변경 지정)

1 계약자는 다음의 서류를 제출하고 대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려 드립니다.

1. 대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
4. 개인정보수집이용동의서

2 제1항에도 불구하고, 제7조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 변경 지정하는 경우에는 제1항 제3호 내지 제4호의 서류는 제출하지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 특약은 보통약관의 지정대리청구에 관한 사항에 우선하여 적용하며, 이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 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 시력 교정수단)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 못하거나('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 장해평가방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 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 일상생활이 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 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 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 섭취시 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 섭취시 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 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌

기는 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 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 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 지

속되고 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

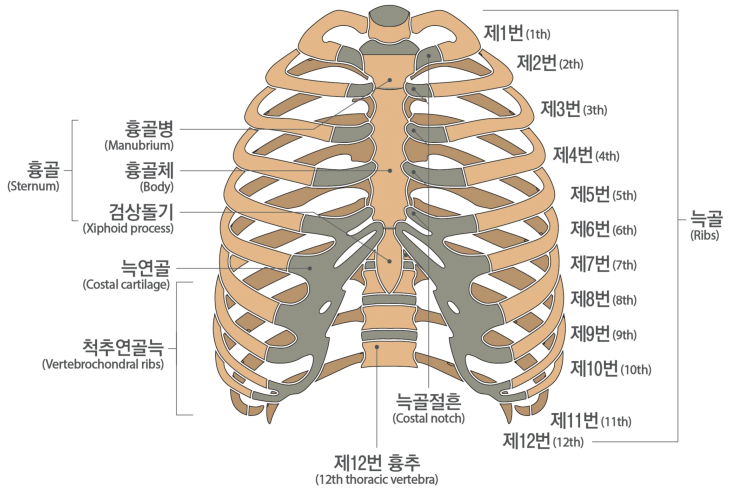
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

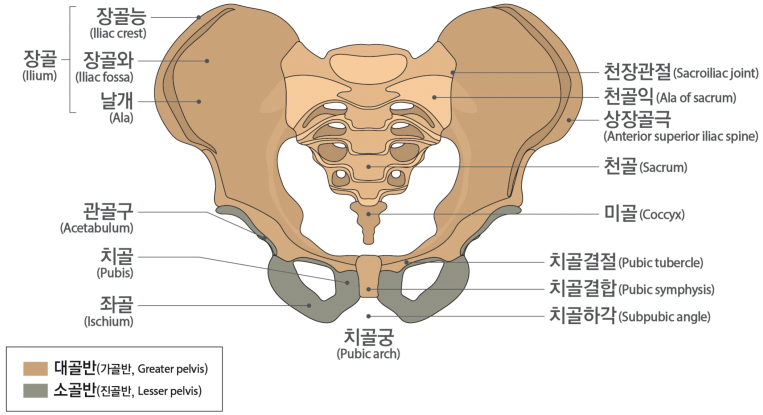
3) ‘빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때’라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

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 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

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.

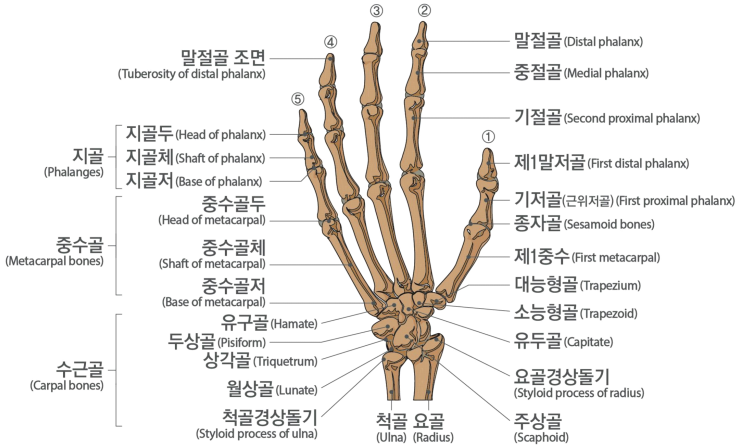
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

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.

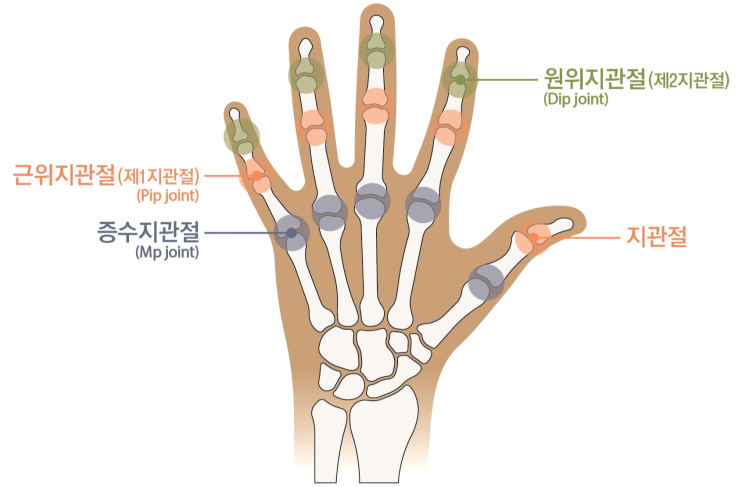
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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

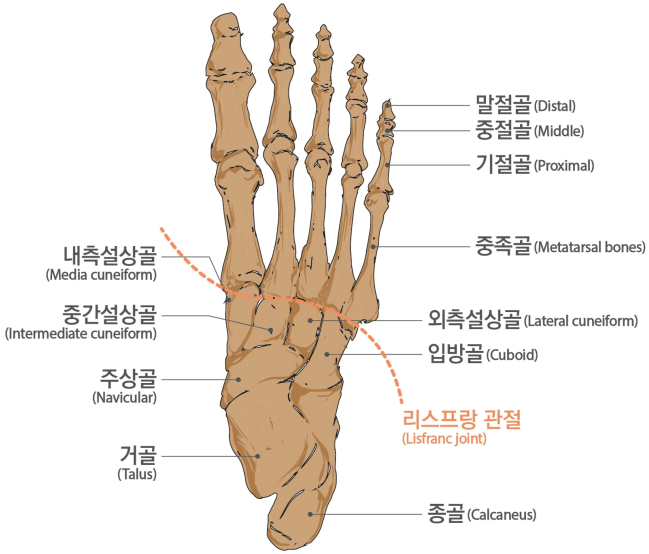
1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '발가락을 잃었을 때' 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 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 1/20이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/20이하로 제한된 경우를 말한다.

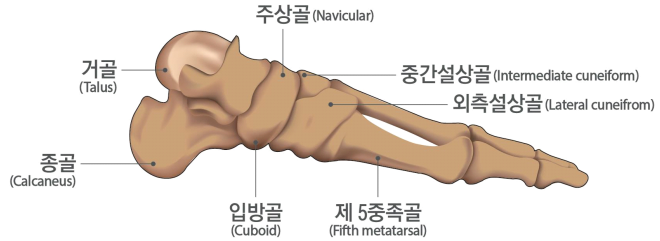
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

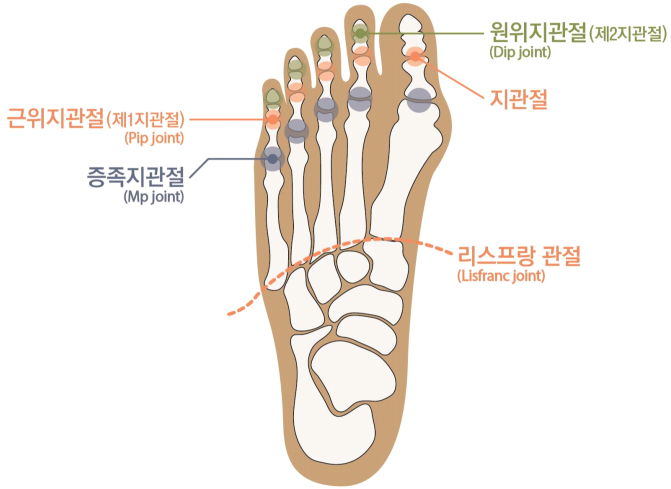
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

부 가 설 명	발가락



부 가 설 명	발가락





12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 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%

유형	제한 정도	지급률
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%
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

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%)	
태아기간 적립환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	이 보험의 보험기간 만료이전	공시이율	
		이 보험의 보험기간 만료이후	1년이내 : 공시이율의 50%	
			1년초과기간 : 공시이율의 40%	
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율	
만기환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1년이내 : 공시이율의 50%	
			1년초과기간 : 공시이율의 40%	
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율	
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1종/ 3종(1형,2형)	1년이내 : 공시이율의 50%
				1년초과기간 : 공시이율의 40%
			2종/ 3종(3형)	1년이내 : 평균공시이율의 50%
				1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율	

주) 1. 태아기간 적립환급금 및 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다)(1종/3종(1형,2형)에 한함)
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 제10조(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.

별표3 신경 및 장기손상 분류표

1 약관에 규정하는 신경 및 장기손상으로 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 신경 및 장기손상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
뇌신경의 손상	S04
두개내손상	S06
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
심장의 손상	S26
기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
흉부의 으깸손상 및 흉부부분의 외상성 절단	S28
복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
복강내기관의 손상	S36
비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
아래팔 부위의 신경의 손상	S54
손목 및 손부위의 신경의 손상	S64
엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
아래다리 부위의 신경손상	S84
발목 및 발부위의 신경의 손상	S94
기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1
여러 신체부위를 침범한 신경의 손상	T06.2
복부내 및 골반기관을 포함한 흉곽내 기관의 손상	T06.5
척수의 상세불명 부위의 손상	T09.3
몸통의 상세불명의 신경, 척수신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4
팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
상세불명의 신체부위의 신경손상	T14.4
절단 잘린 끝의 신경종	T87.3
척수 손상의 후유증	T91.3

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 신경 및 장기손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장분류표

1 약관에 규정하는 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장으로 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 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S03
목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
흉곽의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S23
흉부부위의 근육 및 힘줄의 손상	S29.0
요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
대퇴사두근의 근육 및 힘줄의 손상	S76.1
무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
아킬레스힘줄의 손상	S86.0
발목 및 발부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
여러 신체부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03
몸통의 상세불명의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T09.2
팔의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T11.2
다리의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T13.2
상세불명의 신체부위의 탈구, 염좌 및 긴장	T14.3
상세불명의 신체부위의 근육 및 힘줄의 손상	T14.6
외상성 근육허혈	T79.6

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 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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 골절분류표II(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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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 5대골절분류표

1 약관에 규정하는 5대골절로 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 5대골절 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 5대골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표7 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표8 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.

4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표9 통합뇌질병 분류표

1 약관에서 규정하는 통합뇌질병으로 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 통합뇌질병 해당 여부를 판단합니다.

세부보장	대상이 되는 항목	분류번호
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
일과성 뇌허혈발작	척추-뇌기저동맥증후군	G45.0
	경동맥증후군(대뇌반구성)	G45.1
	다발성 및 양쪽 뇌전동맥증후군	G45.2
	일과성 흑암시	G45.3
	기타 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45.8
	상세불명의 일과성 뇌허혈발작	G45.9
뇌혈관질환 (뇌출혈 · 뇌경색)	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
뇌혈관질환 (협착증)	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
뇌혈관질환 (뇌졸중제외)	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따

라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 통합뇌질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표10 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 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 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.

별표11 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	수술종류
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	수술종류
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	수술종류
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	수술종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 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

구분	수술명	수술 종류
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
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
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 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, 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 원발병소를 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 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. "두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료"라 함은 정위좌표계를 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]

별표12 골절분류표II(태아가입)

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
척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
두개골의 기타 출산손상	P13.1
대퇴골의 출산손상	P13.2
기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
출산손상으로 인한 쇄골 골절	P13.4
기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

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 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.

별표13 골절분류표(태아가입)

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 상세불명손상	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
척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
두개골의 기타 출산손상	P13.1
대퇴골의 출산손상	P13.2
기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

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 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.

별표14 중대한 특정상해 분류표

1 약관에 규정하는 중대한 특정상해로 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 중대한 특정상해 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복강내기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

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 중대한 특정상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표15 손상 분류표

1 약관에 규정하는 손상으로 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 손상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
머리의 손상	S00~S09
목의 손상	S10~S19
흉부의 손상	S20~S29
복부, 아래등, 요추 및 골반의 손상	S30~S39
어깨 및 위팔의 손상	S40~S49
팔꿈치 및 아래팔의 손상	S50~S59
손목 및 손의 손상	S60~S69
고관절 및 대퇴의 손상	S70~S79
무릎 및 아래다리의 손상	S80~S89
발목 및 발의 손상	S90~S99
여러 신체부위를 침범한 손상	T00~T07
몸통, 사지 또는 신체부위의 상세불명 부분의 손상	T08~T14
화상 및 부식	T20~T32
동상	T33~T35
외인의 기타 및 상세불명의 영향	T66~T78

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 손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표16 손상점수 산출기준

1 하나의 사고에 대하여 모든 주·부상병기호 중 중증도평가점수가 높은 순서대로 3개까지의 손상점수 합계를 산출

손상점수 = (첫번째로 높은 중증도평가점수) + (두번째로 높은 중증도평가점수) + (세번째로 높은 중증도평가점수)

· 한국표준질병·사인분류 코드별 중증도평가점수

구분	분류코드	중증도 평가 점수
머리	S000-S019, S025, S032, S033, S034, S043, S046, S047, S050, S051, S053, S092	1
목	S107, S110-S119, S134, S144, S16	
몸통	S200-S207, S212, S218, S219, S246, S258, S300-S311, S317, S318, S332, S345	
팔	S400-S418, S444, S445, S447, S453, S460-S468, S500-S519, S547-S549, S559, S564, S600-S619, S625-S627, S631, S632, S634, S636, S637, S652-S654, S660-S664, S670, S678, S684, S688, S690-S699, T024, T052, T114	
다리	S700-S718, S748, S758, S761, S763, S800-S819, S837, S854, S855, S857, S860-S868, S900-S917, S925, S931, S935, S936, S943, S960-S962, S968, S969, S971, T138	
기타	T000-T009, T032, T034, T041, T043, T056, T058, T119, T132, T133, T140, T141, T201, T231, T232,T235, T236, T245, T261, T264-T266, T268, T269, T283, T288, T301, T305, T320, T330, T332, T350, T354, T691, T704, T708, T740, T743, T753, T781, T784, T788	
머리	S031, S035, S045, S060, S081	4
목	S100, S101, S108, S109, S133, S135, S136, S145, S170, S197	
몸통	S208, S223, S232-S235, S243, S245, S276, S280, S290, S298, S322, S333-S337, S383	
팔	S420, S421, S434-S443, S448-S450, S459, S469, S481, S497-S499, S521, S523, S524, S525, S534, S540-S543, S550,	

구분	분류코드	중증도 평가 점수
	S551, S558, S560-S563, S565, S568-S579, S589, S620-S623, S628, S635, S640-S651, S655, S657-S659, S665, S667-S669, T051, T115-T118	
다리	S731, S740-S742, S747, S749, S750, S751, S752, S759, S760, S762, S764, S767, S771, S820, S824-S826, S834-S836, S840-S851, S858, S859, S869, S870, S878, S920-S924, S927, S929, S930, S932-S934, S940-S942, S947-S951, S957-S959, S967, S970, S978, T135	
기타	T010-T019, T030, T040, T042, T044, T064, T092, T131, T139, T143, T146, T202, T211, T215, T220-T222, T224, T225,T226, T230, T233, T234, T237, T241, T242, T246, T250, T251, T252, T255, T260, T280, T291, T295, T300, T302, T310, T335, T337, T338, T352, T353, T675, T679, T700, T758, T783	
머리	S021, S022, S023, S024, S026, S030, S041, S063, S068, S070-S080, S089-S091, S098, S099	9
목	S130, S178-S18	
몸통	S221, S222, S228, S229, S244, S255, S273, S297, S299, S312-S315, S320, S321, S327, S331, S340, S342, S343, S380, T021, T080, T081	
팔	S422, S428, S430-S433, S452, S458, S47, S489, S520, S522, S526-S533, S552, S557, S567, S597-S599, S624, S630, S633, S666, S680-S683, S689, T100, T101	
다리	S724, S730, S772, S821, S823, S827-S833, S852, S898, S899, S952, S980-S984, S997, S998, S999, T055, T120, T121, T134	9
기타	T031, T033, T039, T07, T110, T112, T130, T200, T204-T206, T210, T212, T216, T223, T227, T240, T247, T253, T254, T256, T257, T263, T267, T285, T289, T292, T296, T306, T311, T321, T334, T339, T355, T357, T670, T672-T674, T676, T677, T698, T699, T701, T702, T731, T732, T733, T739, T780, T782, T789	
머리	S028, S040, S042, S044, S052, S054-S059, S061, S062, S097	
목	S120, S121, S128, S131, S132, S140, S142, S143, S146, S152, S157-S159, S198, S199	16
몸통	S210, S211, S217, S220, S224, S225, S230, S231, S240-S242,	

구분	분류코드	중증도 평가 점수
	S250, S252, S259, S270, S271, S272, S323, S324, S325, S328, S330, S341, S344, S346, S350, S353-S355, S366, S370-S379, S381, S382, S390-S399	
팔	S423, S424, S427, S429, S451, S457, S480, S580, S581, T022, T113	
다리	S720-S723, S727-S729, S770, S780-S799, S822, S853, S880-S889, S897, T020, T023, T025, T053	
기타	T027, T029, T038, T048-T050, T054, T059, T062, T063, T068, T090, T091, T095, T098, T111, T142, T145, T147-T149, T207, T214, T243, T244, T262, T281, T284, T304, T331, T333, T336, T340-T349, T351, T671, T703, T709, T738, T741, T742, T752	
머리	S020, S027, S029, S048, S049, S064-S067, S069, S088	
목	S122, S127, S129, S141, S150, S151, S153	
몸통	S251, S253, S254, S257, S260-S269, S274, S275, S277-S279, S281, S348, S351, S352, S357-S365, S367-S369	
팔	-	25
다리	S757	
기타	T026, T028, T047, T060, T061, T065, T093, T094, T096, T099, T136, T144, T203, T213, T217, T270-T277, T282, T286, T287, T290, T293, T294, T297, T303, T307, T312-T319, T322-T329, T356, T66, T678, T68,T690, T71, T730, T748-T751, T754	

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 손상점수는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표17 골절분류표III

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)
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표18 골절 등급분류기준표 I

1 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 골절부위 중 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 합니다.

· **한국표준질병·사인분류번호별 등급분류**

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S020, S027, S029, S064-S067	S122, S127, S129, S141	S281	-	-	T026, T028
2	S028, T020	S120, S121, S128, S140, S142, S143, S146	S220, S224, S225, S323, S324, S325, S328	S423, S424, S427, S429, S480, T022	S720-S723, S727-S729, S780, S781, S789, S822, T023, T025	T027, T029, T142

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
3	S021, S022, S023, S024, S026, S070, S071, S078, S079, S099	-	S221, S222, S228, S229, S320, S321, S327, T021, T080, T081	S422, S428, S489, S520, S522, S526-S529, S624, T100, T101	S724, S821, S823, S827-S829, T120, T121	-
4	-	S145	S223, S280, S322	S420, S421, S481, S521, S523, S524, S525, S620-S623, S628	S820, S824-S826, S920-S924, S927, S929	-
5	-	S144	-	S625, S626, S627, T024	S925	-

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 등급 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표19 골절분류표Ⅳ

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
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표20 골절 등급분류기준표II

1 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 골절부위 중 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 합니다.

· 한국표준질병·사인분류번호별 등급분류

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S020, S027, S029, S064-S067	S122, S127, S129, S141	S281	-	-	T026, T028
2	S028, T020	S120, S121, S128, S140, S142, S143, S146	S220, S224, S225, S323, S324, S325, S328	S423, S424, S427, S429, S480, T022	S720-S723, S727-S729, S780, S781, S789, S822, T023, T025	T027, T029, T142
3	S021, S022, S023, S024, S026, S070, S071, S078, S079, S099	-	S221, S222, S228, S229, S320, S321, S327, T021, T080, T081	S422, S428, S489, S520, S522, S526-S529, S624, T100, T101	S724, S821, S823, S827-S829, T120, T121	-
4	-	S145	S223, S280, S322	S420, S421, S481, S521, S523, S524, S525, S620-S623, S628	S820, S824-S826, S920-S924, S927, S929	-
5	S025	S144	-	S625, S626, S627, T024	S925	-

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 등급 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표21 외모특정상해 분류표

1 약관에 규정하는 외모특정상해로 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 외모특정상해 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
머리의 손상	S00-S09
목의 손상	S10-S19
여러 신체부위를 포함하는 손상 중,	
목과 함께 머리를 침범한 표재성 손상	T00.0
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 표재성 손상	T00.8주)
목과 함께 머리를 침범한 열린 상처	T01.0
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 열린 상처	T01.8주)
목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절	T02.8주)
목과 함께 머리를 침범한 탈구,염좌 및 긴장	T03.0
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구,염좌 및 긴장	T03.8주)
목과 함께 머리를 침범한 으깸손상	T04.0
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 으깸손상	T04.8주)
화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상) 중,	
머리 및 목의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부손상)	T20
눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부손상)	T26
동상 중,	
머리의 표재성 동상	T33.0
목의 표재성 동상	T33.1
조직괴사를 동반한 머리의 동상	T34.0
조직괴사를 동반한 목의 동상	T34.1

주) 1. 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 사항(T00.8, T01.8, T02.8, T03.8, T04.8)은 얼굴, 머리, 목부위와 다른 부위의 상해가 동일사고로 인하여 중복 발생되는 경우에 한하여 보상됩니다.

2. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

3. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 외모특정상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

5. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표22 악성신생물(암) 분류표

1 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 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
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

대상이 되는 항목	분류번호
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)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.

4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표23 제자리 신생물 분류표

1 약관에 규정하는 제자리 신생물로 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
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표24 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1 약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 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

대상이 되는 항목	분류번호
행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표25 다발성소아암 분류표

1 약관에 규정하는 다발성소아암으로 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 다발성소아암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
수막의 악성신생물(암)	C70
뇌의 악성신생물(암)	C71
척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C72
호지킨림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙 T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
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 다발성소아암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표26 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

대상이 되는 항목	분류번호
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
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표27 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표28 뇌출혈 분류표

1 약관에 규정하는 뇌출혈로 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표29 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표30 충수염(맹장염) 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표31 식중독 분류표

1 약관에 규정하는 식중독으로 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 식중독 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
기타 살모넬라 감염	A02

대상이 되는 항목	분류번호
시겔라증	A03
기타 세균성 장 감염	A04
달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
아메바증	A06
기타 원충성 장 질환	A07
바이러스성 및 기타 명시된 장 감염	A08
해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

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 식중독 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표32 특정법정감염병 분류표

약관에 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
특정법정감염병 I	콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염
특정법정감염병 II	디프테리아, 백일해, 파상풍, 홍역, 유행성이하선염, 풍진, 폴리오, 일본뇌염
특정법정감염병III	말라리아, 성홍열, 수막구균감염증, 레지오넬라증, 비브리오패혈증, 발진티푸스, 발진열, 쯔쯔가무시증, 렙토스피라증, 브루셀라증, 탄저, 공수병, 신증후군출혈열, 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종 크로이츠펠트-야콥병(vCJD)
특정법정감염병IV	페스트, 황열, 뎅기열, 두창, 보툴리눔독소증, 중증급성호흡기증후군(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.

별표32-1 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.

별표33 당뇨병 분류표

1 약관에 규정하는 당뇨병으로 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 당뇨병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	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

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 당뇨병 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)
5. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표34 시청각질환 분류표

1 약관에 규정하는 시청각질환으로 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 시청각질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
눈꺼풀,눈물계통 및 안와의 장애	H00~H06
결막의 장애	H10~H13
공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
수정체의 장애	H25~H28
맥락막 및 망막의 장애	H30~H36
녹내장	H40~H42
유리체 및 안구의 장애	H43~H45
시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48
안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49~H52
시각 장애 및 실명	H53~H54
눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55~H59
외이의 질환	H60~H62
중이 및 유돌의 질환	H65~H75
내이의 질환	H80~H83
귀의 기타 장애	H90~H95

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

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표35 호흡기관련질병 분류표

1 약관에 규정하는 호흡기관련으로 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 호흡기관련질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
급성상기도감염	J00~J06
상기도의 상세불명 질환	J39.9
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41
상세불명의 만성 기관지염	J42
천식, 천식지속 상태	J45, J46
폐렴	J12~J18
[B01.2+: 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2+
[B05.2+: 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2+
[B25.0+: 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0+
[B58.3+: 폐 톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3+
재향군인병	A48.1

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 호흡기관련질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표36 소아백혈병 대상 질병분류표

1 약관에 규정하는 소아백혈병으로 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 소아백혈병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95

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 소아백혈병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표37 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표38 116대질병 분류표

별표38-1 15대질병 분류표

1 약관에 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
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

대상이 되는 질병		분류번호
간 질 환	바이러스간염	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 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염	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	간의 양성 신생물	D13.4
	간외담관의 양성 신생물	D13.5
	췌장의 양성 신생물	D13.6
	내분비췌장의 양성 신생물	D13.7
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표38-2 23대질병 분류표

1 약관에 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
안면신경장애	삼차신경의 장애	G50
	안면신경장애	G51
	기타 뇌신경의 장애	G52
폐부종	폐부종	J81

대상이 되는 질병		분류번호
당뇨병질환	1형당뇨병	E10
	2형당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
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

대상이 되는 질병		분류번호
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
사구체질환	급성 신염증후군	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체장애 [당뇨병에서의 사구체장애(N08.3)제외]	N08 (N08.3제외)
신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성또는만성으로명시되지않은세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속유발 세뇨관-간질 및 세뇨관병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환	N15
	달리분류된질환에서의신세뇨관-간질장애	N16

대상이 되는 질병		분류번호
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)
5. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표38-3 22대질병 분류표

1 약관에 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,담도및췌장의 장애	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

대상이 되는 질병		분류번호
손목터널 증후군	손목터널증후군	G56.0
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	M32
	[기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스(M32.1)제외]	(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

대상이 되는 질병		분류번호
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표38-4 49대질병 분류표

1 약관에 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
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

대상이 되는 질병		분류번호
중이염	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
중이및유돌의질환	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
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

대상이 되는 질병		분류번호
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
인후부위특정질환	편도주위농양	J36
	만성 후두염 및 후두기관염	J37
	달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
	상기도의 기타질환	J39
방광의결석	방광의 결석	N21.0

대상이 되는 질병		분류번호
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

대상이 되는 질병		분류번호
눈의 양성종양	각막의 양성 신생물	D31.1
	망막의 양성 신생물	D31.2
	맥락막의 양성 신생물	D31.3
	섬모체의 양성 신생물	D31.4
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]	(K31.7제외)

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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표38-5 백내장 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표38-6 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표39 특정바이러스질환 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표40 특정임신중당뇨병 분류표

1 약관에 규정하는 특정임신중당뇨병으로 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 특정임신중당뇨병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
임신중 생긴 당뇨병	O24.4

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 특정임신중당뇨병 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 모야모야병 분류표

1 약관에 규정하는 모야모야병으로 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 모야모야병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
모야모야병	I67.5

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 모야모야병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표42 소아탈장 분류표

1 약관에 규정하는 소아탈장으로 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 소아탈장 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
사타구니 탈장(inguinal hernia)	K40
대퇴 탈장 (femoral hernia)	K41
배꼽 탈장 (umbilical hernia)	K42
복벽탈장 (ventral hernia)	K43
기타 복부탈장 (other abdominal hernia)	K45
상세불명의 복부탈장 (unspecified abdominal hernia)	K46

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 소아탈장 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표43 5대기관질병 분류표

1 약관에 규정하는 5대기관질병으로 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 5대기관질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상 질병	분류번호
뇌질환	뇌혈관 질환	I60~I69
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+

구분	대상 질병	분류번호
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	[B25.1+: 거대세포바이러스간염(K77.0*)]	B25.1+
	[B58.1+: 톡소포자충 간염(K77.0*)]	B58.1+
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	천식	J45
	천식지속 상태	J46
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
신장질환	신부전	N17~N19

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 5대기관질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표44 원형탈모증 분류표

1 약관에 규정하는 원형탈모증으로 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 원형탈모증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
원형탈모증	L63

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 원형탈모증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표45 특정갑상선기능저하증 분류표

1 약관에 규정하는 특정갑상선기능저하증으로 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 특정갑상선기능저하증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
기타 갑상선기능저하증	E03
자가면역성 갑상선염	E06.3

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 특정갑상선기능저하증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표46 뇌하수체기능저하 분류표

1 약관에 규정하는 뇌하수체기능저하로 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 뇌하수체기능저하 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
뇌하수체기능저하	E23.0

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 뇌하수체기능저하 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표47 누적외상성질환(VDT증후군) 분류표

1 약관에 규정하는 누적외상성질환(VDT증후군 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 누적외상성질환(VDT증후군 포함) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
근육장애	M60~M63
윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
결합조직의 기타 전신 침범	M35
기타 연조직장애	M70~M79
기타 관절연골장애, 인대장애	M24.1, M24.2
관절통, 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.5, M25.6
경추상완증후군	M53.1
팔의 단일 신경병증	G56
복합부위통증증후군 II형	G90.6
기타 및 상세불명 유형의 복합부위통증증후군	G90.7

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 누적외상성질환(VDT증후군 포함) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표48 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

대상이 되는 항목	분류번호
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표49 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표50 질병으로인한 3대시각질환 분류표

1 약관에 규정하는 질병으로인한 3대시각질환은 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 질병으로인한 3대시각질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
당뇨병성 망막병증	H36.0
황반 및 후극부의 변성	H35.3
녹내장 의심	H40.0
원발성 개방우각녹내장	H40.1
원발성 폐쇄우각 녹내장	H40.2
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 질병으로인한 3대시각질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

4. H40.3(눈 외상에 의한 이차성 녹내장) 등 상해 또는 외상의 직접치료를 목적으로 하는 수술은 보장하여 드리지 않습니다.
(다만, 질병을 동반하는 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표51 특정희귀난치성질환 분류표

1 약관에 규정하는 특정희귀난치성질환은 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 특정희귀난치성질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
[M01.1*: 결핵 관절염(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*: 결핵성 복막염(A18.30+)]	K67.3*
[K93.0*: 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*+)]	K93.0*
좁쌀 결핵	A19
중추신경계통의 비정형바이러스감염	A81
감염성 및 기생충성 질환을 유발한 사람 면역결핍바이러스[HIV]병	B20
악성 신생물을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B21
기타 명시된 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B22
기타 병태를 유발한 사람면역결핍바이러스병	B23
상세불명의 사람면역결핍바이러스병	B24

대상이 되는 항목	분류번호
거대세포바이러스병	B25
거대세포바이러스 위장염	A08.32
크립토콕쿠스증	B45
뇌하수체의 양성신생물	D35.2
포도당-6-인산탈수소효소[G6PD]결핍에 의한 빈혈	D55.0
해당 효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
지중해빈혈	D56
용혈-요독증후군	D59.3
발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5
후천성 순수적혈구무형성[적모구감소]	D60
기타무형성빈혈	D61
선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4
유전성 제8인자 결핍	D66
유전성 제9인자 결핍	D67
폰빌레브란트병	D68.0
유전성 제11인자 결핍	D68.1
기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2
정성적 혈소판결손	D69.1
특발성혈소판감소성자반(D69.3) 중 에반스증후군 주) D69.3(특발성혈소판감소성자반) 중 에반스증후군에 한함	D69.3주)
상세불명의 혈소판감소증	D69.6
무과립구증	D70
다형핵호중구의 기능장애	D71
림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
항체결손이 현저한 면역결핍	D80
복합 면역결핍	D81
기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
공통가변성 면역결핍	D83
기타 면역결핍	D84
사르코이드증	D86
말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0
고프로락틴혈증	E22.1
뇌하수체 기능저하	E23.0
쿠싱증후군	E24

대상이 되는 항목	분류번호
부신생식기장애	E25
원발성 부신피질부전	E27.1
애디슨발증	E27.2
기타 및 상세불명의 부신피질부전	E27.4
기타 명시된 내분비장애	E34.8
활동성 구루병	E55.0
방향족아미노산대사장애	E70
측쇄아미노산 및 지방산 대사장애	E71
아미노산대사의 기타장애	E72
젖당 불내성	E73
탄수화물대사의 기타장애	E74
스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
글리코사미노글라이칸 대사 장애	E76
당단백질대사장애	E77
레쉬-니한 증후군	E79.1
기타 포르피린증	E80.2
구리 대사장애	E83.0
인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3
낭성 섬유증	E84
아밀로이드증	E85
헌팅톤병	G10
유전성 운동실조	G11
척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추 신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
파킨슨병	G20
진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1
리이병	G31.81
다발경화증	G35
기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4
뇌전증지속상태	G41
기면병 및 탈력발작	G47.4
멜커슨증후군	G51.2
복합부위통증증후군 Ⅰ형	G90.5

대상이 되는 항목	분류번호
복합부위통증증후군 Ⅱ형	G90.6
기타 및 상세불명 유형의 복합부위통증증후군	G90.7
유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0
염증성 다발신경병증	G61
달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발신경병증	G63.0
중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
근육의 원발성장애	G71
자율신경계통의 기타 장애	G90.8
척수공동증 및 연수공동증	G95.0
연령과 관련된 삼출성 황반변성	H35.31
색소성 망막디스트로피	H35.51
감각성 망막을 주로 침범한 기타 디스트로피	H35.58
원발성 폐동맥 고혈압	I27.0
확장성 심근병증	I42.0
폐색성 비대성 심근병증	I42.1
기타 비대성 심근병증	I42.2
심내막심근(호산구성)병	I42.3
심내막탄력섬유증	I42.4
기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	I67.5
폐색혈전혈관염 [버거병]	I73.1
유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
버드-키아리 증후군	I82.0
폐포 및 벽측폐포 병태	J84.0
섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환	J84.1
크론병 [국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
원발성 담도간경변증	K74.3
자가면역성 간염	K75.4
보통 천포창	L10.0
낙엽 천포창	L10.2
수포성 유사천포창	L12.0
흉터 유사천포창	L12.1
후천성 수포성 표피박리증	L12.3

대상이 되는 항목	분류번호
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
[J99.0*: 류마티스 폐질환(M05.1+)]	J99.0*
절단성 관절염	M07.1
건선 척추염	M07.2
기타 건선관절병증	M07.3
연소성 류마티스 관절염	M08.0
연소성 강직척추염	M08.1
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
(혈청검사 음성인)연소성다발관절염	M08.3
결절성 다발동맥염	M30.0
폐 침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
연소성 다발동맥염	M30.2
과민성 혈관염	M31.0
혈전성 미세혈관병증	M31.1
림프절외 NK/T-세포림프종, 비강형태	C86.0
베게너육아종증	M31.3
대동맥궁증후군[다카야스]	M31.4
현미경적 다발혈관염	M31.7
전신홍반루푸스	M32
피부다발근염	M33
전신경화증	M34
건조증후군[쉐그렌]	M35.0
기타 중복증후군	M35.1
베체트병	M35.2
류마티스성 다발근통	M35.3
미만성(호산구성) 근막염	M35.4
다초점 섬유경화증	M35.5
재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
과가동성 증후군	M35.7
강직척추염	M45
진행성 골화근염	M61.1
뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
통증신경디스트로피	M89.0
재발성 다발연골염	M94.1

대상이 되는 항목	분류번호
만성 콩팥병	N18
신장성 요붕증	N25.1
신생아의 호흡곤란	P22

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 특정희귀난치성질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

예 시	

한국표준질병·사인분류표의 변경으로 "신장성 요붕증" 질환의 한국표준질병·사인분류코드가 N25.1외에 N28.3이 추가된 경우 N28.3 도 "신장성 요붕증" 질환으로 간주합니다.

4. 상기 대상질병을 제외한 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다. (단, P22제외)

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 약제내성결핵(슈퍼결핵) 분류표

1 약관에 규정하는 약제내성결핵(슈퍼결핵)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 약제내성결핵(슈퍼결핵) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
다약제내성 결핵	U84.30
광범위약제내성 결핵	U84.31

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 약제내성결핵(슈퍼결핵) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재

된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표53 결핵 분류표

1 약관에 규정하는 결핵으로 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 결핵 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
[M01.1*: 결핵 관절염(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*: 결핵성 복막염(A18.30+)]	K67.3*
[K93.0*: 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*+)]	K93.0*
좁쌀 결핵	A19
결핵과 연관된 진폐증	J65
다약제내성 결핵	U84.30
광범위약제내성 결핵	U84.31

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 결핵 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표54 척추측만증 분류표

1 약관에 규정하는 척추측만증은 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 척추측만증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
척주측만증	M41

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 척추측만증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표55 뇌졸중 및 신생아뇌출혈 분류표

1 약관에 규정하는 뇌졸중 및 신생아뇌출혈로 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 및 신생아뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
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
신생아 뇌출혈	태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52
	출산 손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10

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 및 신생아뇌출혈 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 뇌출혈 및 신생아뇌출혈 분류표

1 약관에 규정하는 뇌출혈 및 신생아뇌출혈로 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 및 신생아뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
뇌출혈	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
신생아 뇌출혈	태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52
	출산 손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10

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 및 신생아뇌출혈 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.

별표57 뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈 분류표

1 약관에 규정하는 뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈로 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 및 신생아뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
뇌혈관 질환	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
신생아 뇌출혈	태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52
	출산 손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10

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 및 신생아뇌출혈 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.

별표58 후각특정질환 분류표

1 약관에 규정하는 후각특정질환으로 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 후각특정질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
만성부비동염	J32
코용종	J33
코 및 비동의 기타 장애	J34

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 후각특정질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표59 활동성 및 주의력 장애 분류표

1 약관에 규정하는 활동성 및 주의력 장애로 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 활동성 및 주의력 장애 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
활동성 및 주의력 장애	F90.0

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 활동성 및 주의력 장애 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표60 어린이특정질병 분류표

1 약관에 규정하는 어린이특정질병은 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 어린이특정질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
골수염 및 골괴사	골수염	M86
	골괴사	M87
관절질환	화농성 관절염	M00
	혈청검사양성 류마티스관절염	M05
	[J99.0*: 류마티스폐질환(M05.1+)]	J99.0*
	기타 류마티스관절염	M06
	건선성 및 장병성 관절병증	M07
	연소성 관절염	M08
	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염	M09
	손가락 및 발가락의 후천변형	M20
	사지의 기타 후천변형	M21
	무릎뼈의 장애	M22
	무릎의 내부장애	M23
	기타 특정 관절장애	M24
	달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M25
급성신부전	급성 신부전	N17
뇌및척수의 염증성질환	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09

대상이 되는 질병		분류번호
뇌성마비	뇌성마비	G80
	편마비	G81
	하반신마비 및 사지마비	G82
	기타 마비증후군	G83
당뇨병	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
방광염	방광염	N30
수두증	수두증	G91
수막염	바이러스수막염	A87
	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
식도질환	식도염	K20
	위-식도역류병	K21
	식도의 기타 질환	K22
신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	기타 신세뇨관-간질질환	N15

대상이 되는 질병		분류번호
위·십이지장 궤양 및 염증	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
	위공장궤양	K28
	위염 및 십이지장염	K29
추간판 장애	경추간판장애	M50
	기타 추간판장애	M51
특정 장질환	장의 혈관장애	K55
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐쇄	K56
	장의 게실병	K57
패혈증	패혈증형페스트	A20.7
	탄저병패혈증	A22.7
	급성 및 전격성 유사비저	A24.1
	에리시펠로트릭스 패혈증	A26.7
	리스테리아패혈증	A32.7
	연쇄알균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
	방선균패혈증	A42.7
	파종성 헤르페스바이러스병	B00.7
	칸디다패혈증	B37.7

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 어린이특정질병 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)
5. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표61 4대기관특정질환 분류표

1 약관에 규정하는 4대기관특정질환은 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 4대기관특정질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
간 및 췌장 질환	알코올성 간질환	K70
	독성간질환	K71
	달리 분류되지 않은 간부전	K72
	달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	간의 섬유증 및 경변증	K74
	기타 염증성 간질환	K75
	간의 기타 질환	K76
	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
	거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1
	톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1
	급성 췌장염	K85
	췌장의 기타 질환	K86
	복부대동맥의 손상	S35.0
	복강내기관의 손상	S36
뇌질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
	두개내손상	S06

대상이 되는 항목		분류번호
심장질환	수막알균성 심장병	A39.5
	칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6
	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판장애	I34
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39

대상이 되는 항목		분류번호
심장질환	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	방실차단 및 좌각차단	I44
	기타 전도장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	대동맥동맥류 및 박리	I71
	흉부 혈관의 손상	S25
	심장의 손상	S26
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	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

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 4대기관특정질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표62 4대기관특정질환(선천질환포함) 분류표

1 약관에 규정하는 4대기관특정질환(선천질환포함)은 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 4대기관특정질환(선천질환포함) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
간 및 췌장 질환	알코올성 간질환	K70
	독성간질환	K71
	달리 분류되지 않은 간부전	K72
	달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	간의 섬유증 및 경변증	K74
	기타 염증성 간질환	K75
	간의 기타 질환	K76
	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
	거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1
	톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1
	급성 췌장염	K85
	췌장의 기타 질환	K86
	복부대동맥의 손상	S35.0
	복강내기관의 손상	S36
	간의 낭성 질환	Q44.6
	간의 기타 선천기형	Q44.7
	췌장의 무발생, 무형성 및 형성저하	Q45.0
	고리췌장	Q45.1
	선천성 췌장낭	Q45.2
	췌장 또는 췌관의 기타 선천기형	Q45.3
뇌질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
	두개내손상	S06
	무뇌증 및 유사 기형	Q00
	뇌류(腦瘤)	Q01
	소두증	Q02
	선천수두증	Q03
	뇌의 기타 선천기형	Q04
	이분척추	Q05
	척수의 기타 선천기형	Q06
	순환계통의 기타 선천기형	Q28

대상이 되는 항목		분류번호
심장질환	수막알균성 심장병	A39.5
	칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6
	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판장애	I34
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	방실차단 및 좌각차단	I44

대상이 되는 항목		분류번호
심장질환	기타 전도장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	대동맥동맥류 및 박리	I71
	흉부 혈관의 손상	S25
	심장의 손상	S26
	심장 방실 및 연결의 선천기형	Q20
	심장중격의 선천기형	Q21
	폐동맥판 및 삼첨판의 선천기형	Q22
	대동맥판 및 승모판의 선천기형	Q23
	심장의 기타 선천기형	Q24
	대동맥혈관의 선천기형	Q25
	대정맥혈관의 선천기형	Q26
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	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
	폐의 선천기형	Q33

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 4대기관특정질환(선천질환포함) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따

라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표63 성조숙증 분류표

1 약관에 규정하는 성조숙증으로 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 성조숙증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
조발 사춘기	E30.1

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 성조숙증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표64 아토피 피부염 분류표

1 약관에 규정하는 아토피 피부염으로 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 아토피 피부염 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
아토피성 피부염	L20

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 아토피 피부염 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표65 소아 · 청소년 특정 성인병 분류표

1 약관에 규정하는 소아 · 청소년 특정 성인병으로 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 소아 · 청소년 특정 성인병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
고혈압	
본태성(원발성) 고혈압	I10
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 신장병	I12
고혈압성 심장 및 신장병	I13
이차성 고혈압	I15
당뇨	
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14
이상지질혈증	
순수 고콜레스테롤혈증	E78.0
혼합성 고지질혈증	E78.2
기타 고지질혈증	E78.4
뇌혈관질환	
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

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 소아 · 청소년 특정 성인병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표66 4대장애 분류표(장애인 복지법 시행령 제2조 관련)

아래의 장애인의 종류 및 기준은 장애인 복지법 시행령 제2조와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

장애인의 종류	기준
시각장애인	1. 나쁜 눈의 시력(만국식 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02이하인 사람 2. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인사람 3. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 4. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람 5. 두 눈의 중심 시야에서 20도 이내에 겹보임[복시(複視)]이 있는 사람
청각장애인	1. 두 귀의 청력손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 2. 한 귀의 청력손실이 80데시벨(dB)이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 3. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 4. 평형기능에 상당한 장애가 있는 사람
언어장애인	1. 음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람
지체장애인	1. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람 2. 한 손의 엄지손가락을 지골(손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 3. 한 다리를 리스프랑(발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의

장애인의 종류	기준
	부위에서 잃은 사람 4. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 5. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람 6. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람 7. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람

별표67 추간판장애 분류표

1 약관에 규정하는 추간판장애로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD, 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 추간판장애 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
경추간판장애	M50
기타 추간판장애	M51

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 추간판장애 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표68 관절증 질환 분류표

1 약관에 규정하는 관절증 질환으로 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 관절증 질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
고관절증	
양쪽 원발성 고관절증	M16.0
기타 원발성 고관절증	M16.1
형성이상으로 인한 양쪽 고관절증	M16.2
기타 형성이상성 고관절증	M16.3
양쪽 외상후 고관절증	M16.4
기타 외상후 고관절증	M16.5
무릎관절증	
양쪽 원발성 무릎관절증	M17.0
기타 원발성 무릎관절증	M17.1
양쪽 외상후 무릎관절증	M17.2
기타 외상후 무릎관절증	M17.3

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 관절증 질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표69 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표70 장해의 대상

장해의 대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보장하지 않습니다.

1. 순환기계 기형
1) 심실중격결손증
좌우 심실의 사이에 작은 구멍이 있어 심장이 수축할 때 압력이 높은 좌심실로부터 압력이 낮은 우심실로 혈액이 역류하는 것. 따라서 우심실에 부담이 생겨 나중에 심부전을 일으킨다.
2) 심방중격결손증
좌우의 심방사이에 구멍이 있는 경우

2. 근골격계 기형
1) 다지증 : 지(指, 趾)가 6개 이상 있는 경우
2) 합지증 : 지(指, 趾)가 붙어 있는 경우
3) 결지증 : 지(指, 趾)가 부족한 경우
4) 열수(족) : 합지(趾)증이 심화되어 지(趾)가 붙어 있어야 할 곳보다 안쪽까지 찢어져 있는 경우
5) 내반수(족) : 手(足)가 전체로써 안쪽으로 휘어져 手(足)의 뒤쪽이 안쪽의 방향으로 향하여 있는 경우
6) 사경 : 목 한쪽이 휘어져 턱이 반대쪽에 올라간 상태의 경우

3. 소화기계 기형
1) 토순 : 윗입술이 찢어진 경우(중앙이 찢겨있는 경우, 혹은 우 또는 좌로 치우쳐진 곳에 찢겨져 있는 경우)
2) 구개열 : 토순보다도 더욱 심한 것으로 입안 구개골에 파열이 생기는 경우
3) 선천성식도폐색증 : 식도가 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우
4) 선천성장폐색증 : 장이 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우
5) 선천성담도폐색증 : 담도가 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우(본 증상을 가지고 있는 경우에는 십이지장에 담즙이 분비되지 않음)
6) 선천성항문폐색증 : 항문이 폐쇄되어 있는 경우

4. 뇌신경계 기형
1) 수두증 : 뇌척수액의 증가로 뇌실비대에 의해 머리가 커진 경우
2) 척추파열 : 척추중앙에 깨진 선이 있어 그곳으로부터 척수나 척수막 등이 바깥으로 부풀어져 나온 경우

5. 비뇨생식기계 기형
1) 요도상열 : 단순히 귀두 뒷면에 찢어진 선이 있는 경우나 때로는 음순하면 전장에 열구가 있는 경우
2) 요도하열 : 요도가 음 선단에 미치지 못하고 음 하면에 개구가 있는 경우, 개구가 열상을 가지고 있는 경우
3) 선천성요도폐색증 : 요도가 폐쇄되어 있거나 협착상태에 있는 경우
4) 반음양 : 남성이면서 외음부가 여성처럼 보이는 경우, 여성이면서 남성처럼 보이는 경우를 말한다. 전자의 경우가 많고 이것을 남성가성반음양이라 한다.

6. 감각기계 기형
외이도폐쇄 : 외이도가 태어나면서 폐쇄한 상태에 있는 경우

7. 페닐케톤뇨증(Phenylketonuria)
선천성대사이상의 일종으로 방치해두면 정신박약으로 된다. 치료는 페니르알린을 제거한 특수우유와 특수한 식사를 계속적으로 제공하는 방법에 의하지만 치료는 생후 2~3개월 이내에 치료하지 않으면 지능저하를 피할 수 없

다. 그러므로 생후 1개월에 집단선별검사(신생아 선천성 대사이상 스크리닝 검사)를 행할 필요가 있다.

별표71 심한장해의 대상

심한장해의 대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보장하지 않습니다.

1. 중증기형
   1) 심한 포코멜리아(단지증, Phocomelia) : 사지의 장골에 결손 또는 단축이 있어 수족이 직접 또는 단축한 장골을 가지고 체구에 부착하고 있는 상태의 경우. 사지의 이상은 상지에서 잘보이며 하지의 이상은 드문 경우이며, 이 기형은 탈리도마이도(Thalidomide)계 통제제를 사용하는 경우에 발생할 수 있다.
   2) 무지증 : 사지가 완전하게 결손한 경우로서 상당히 심한 기형인 것
   3) 절단증 : 태아일 때 사지가 양막에 말려있는 상태로 있어서 사지가 절단된 경우

2. 뇌성마비
   뇌성마비란 (ㄱ)임신중의 장해, (ㄴ)출생시의 장해, (ㄷ)출생후 영아기의 장해 등에 의해 뇌조직에 이상을 초래하여 수족이나 발성이 자유롭지 않게 되는 병이다. 뇌성마비의 원인으로 (ㄱ)임신중의 장해, (ㄴ)출생시의 장해에 의한 것 이외에 교통사고에 의한 외상성 장해등이 있으나 본 보험에서 담보하는 것은 임신중 또는 출산시의 장해에 인한 뇌성마비에 한한다.

3. 다운증후군의 염색체이상의 기형
   21번째 염색체에 이상이 있는 경우에 있어 얼굴이 넓적하고 코가 작고 안열이 위로 삐뚤어져 사행하는 등 다운증후군의 특징적 얼굴형태를 가지는 경우로써 근육긴장감퇴, 지능저하(장해)등의 주요 증상이 보인다.

별표72 출생전후기에 기원한 특정병태 분류표

1 약관에 규정하는 출생전후기에 기원한 특정병태로 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 출생전후기에 기원한 특정병태 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
산모 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00~P04
임신 기간 및 태아 성장과 관련된 장애	P05~P08
출산 외상	P10~P15
출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20~P29
출생전후기에 특이한 감염	P35~P39
태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50~P61
태아 및 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사장애	P70~P74
태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75~P78
태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련된 병태	P80~P83
출생전후기에 기원한 기타 장애	P90~P96

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 출생전후기에 기원한 특정병태 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.

별표73 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표III

1 약관에 규정하는 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 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 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
신경계통의 선천 기형	Q00~Q07
눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천 기형	Q10~Q18
순환계통의 선천기형	Q20~Q28

대상이 되는 항목	분류번호
호흡계통의 선천기형	Q30~Q34
구순열 및 구개열	Q35~Q37
소화계통의 기타 선천기형	Q38~Q45
생식기관의 선천 기형	Q50~Q56
비뇨계통의 선천기형	Q60~Q64
근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65~Q79
기타 선천 기형	Q80~Q89
달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90~Q99
선천성 음낭수종	P83.5

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 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96(P83.5제외))은 보장되지 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.

별표74 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표II

1 약관에 규정하는 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 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 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
신경계통의 선천 기형	Q00~Q07
눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천 기형	Q10~Q18
순환계통의 선천기형	Q20~Q28

대상이 되는 항목	분류번호
호흡계통의 선천기형	Q30~Q34
구순열 및 구개열	Q35~Q37
소화계통의 기타 선천기형 (혀유착증은 제외)	Q38~Q45 (Q38.1은 제외)
생식기관의 선천 기형	Q50~Q56
비뇨계통의 선천기형	Q60~Q64
근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65~Q79
기타 선천 기형	Q80~Q89
달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90~Q99

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 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표75 특정선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표

1 약관에 규정하는 특정선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 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 특정선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
신경계통의 선천 기형	Q00~Q07
눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천 기형 (부이개 제외)	Q10~Q18 (Q17.0 제외)
순환계통의 선천기형	Q20~Q28

대상이 되는 항목	분류번호
호흡계통의 선천기형	Q30~Q34
구순열 및 구개열	Q35~Q37
소화계통의 기타 선천기형 (혀유착증 제외) (대설증 제외) (혀의 기타 선천기형 제외)	Q38~Q45 (Q38.1 제외) (Q38.2 제외) (Q38.3 제외)
생식기관의 선천 기형	Q50~Q56
비뇨계통의 선천기형	Q60~Q64
근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65~Q79
기타 선천 기형 (선천성 비신생물성 모반 제외)	Q80~Q89 (Q82.5 제외)
달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90~Q99

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 특정선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표76 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표

1 약관에 규정하는 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 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 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
신경계통의 선천 기형	Q00~Q07
눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천 기형	Q10~Q18
순환계통의 선천기형	Q20~Q28
호흡계통의 선천기형	Q30~Q34
구순열 및 구개열	Q35~Q37
소화계통의 기타 선천기형	Q38~Q45
생식기관의 선천 기형	Q50~Q56
비뇨계통의 선천기형	Q60~Q64
근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65~Q79
기타 선천 기형	Q80~Q89
달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90~Q99

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 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표77 임신출산관련질환 분류표

1 약관에 규정하는 임신출산관련질환으로 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 임신출산관련질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10~O16
주로 임신에 관련된 기타 산모장애	O20~O29

대상이 되는 항목	분류번호
태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리	030~048
진통 및 분만의 합병증	060~075
주로 산후기에 관련된 합병증	085~092

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 임신출산관련질환 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 여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표

1 약관에 규정하는 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병으로 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 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
유산된 임신	000~008
임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010~016
주로 임신에 관련된 기타 산모 장애	020~029
태아와 양막강 그리고 가능한 분만 문제에 관련된 산모 관리	030~048
진통 및 분만의 합병증	060~075
분만	080~084
주로 산후기에 관련된 합병증	085~092

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 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 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 유산 분류표

1 약관에 규정하는 유산으로 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 유산 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
자궁외 임신	000
포상기태	001
기타 비정상적 수태부산물	002
자연유산	003
의학적 유산	004
기타유산	005
상세불명의 유산	006
시도된 유산의 실패	007
유산, 자궁외 임신 및 기태임신에 따른 합병증	008

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 유산 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 임신중독증(자간포함) 분류표

1 약관에 규정하는 임신중독증(자간포함)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 임신중독증(자간포함) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
전자간	O14
자간	O15

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 임신중독증(자간포함) 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 자궁적출수술 분류표

약관에 규정하는 자궁적출수술비의 자궁적출수술은 국제의료행위 분류표(ICD. 9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 자궁경부 원추형 절제술(Conization of cervix)은 보장에서 제외합니다.
(국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)이 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다)

대상 수술명	수술 및 처치코드
복식 부분자궁적출술 (Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
복식 전자궁적출술 (Total abdominal hysterectomy)	68.4
질식 전자궁적출술 (Vaginal hysterectomy)	68.5
복식 근치자궁적출술 (Radical abdominal hysterectomy)	68.6
질식 근치자궁적출술 (Radical vaginal hysterectomy)	68.7
골반 장기적출술 (Pelvic evisceration)	68.8
기타 및 상세불명 자궁적출술 (Other and unspecified hysterectomy)	68.9

별표82 태반조기박리 분류표

1 약관에 규정하는 태반조기박리로 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 태반조기박리 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
태반의 조기분리(태반조기박리)	O45

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 태반조기박리 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 특정 신체부위 · 질병 분류표III

별표83-1 특정 신체부위 분류표III

코드	특 정 부 위
201	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
202	식도

코드	특 정 부 위
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

코드	특 정 부 위
239	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
240	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
241	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
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)

별표83-2 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*

코드	특 정 질 병	분류코드
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+
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.

별표84 양수과다증 분류표

1 약관에 규정하는 양수과다증으로 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 양수과다증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
양수과다증	O40

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 양수과다증 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.

별표85 양수과소증 분류표

1 약관에 규정하는 양수과소증으로 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 양수과소증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
양수과소증	O41.0

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 양수과소증 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.

별표86	신표적항암약물허가치료비 분류표

별표86-1	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)
12	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)
		아림시스주(베바시주맙)
13	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주 35마이크로그램(블리나투모맙, 유전자재조합)
14	보르테조밉일수화물 bortezomib	화이자보르테조밉주3.5밀리그램(보르테조밉일수화물)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
15	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보데벨주3.5밀리그램(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)
24	다브라페닙메실산염(미분화) dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
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 InotuzumabOzogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
39	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
40	이사툭시맙 isatuximab	살클리사주(이사툭시맙)
41	익사조밉시트레이트 ixazomibcitrate	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
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)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
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)
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)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
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)
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)
78	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
79	테포티닙염산염수화물 TepotinibHydrochlorideHydrate	텝메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
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)

별표86-2 **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

별표86-3 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)

작용기전 분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
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)
카티항암 치료제	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)

별표87 신경차단·파괴술 분류표

약관에 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
신경 차단술	**지주막하 신경차단술**	LA210
	경막외 신경차단술	
	가. 일회성차단	
	(1) 경추 및 흉추	LA321
	(2) 요추 및 천추	LA322
	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

대상이 되는 항목		수가코드
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
	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

대상이 되는 항목		수가코드
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

별표88 암 특정재활치료 분류표

약관에 규정하는 암 특정재활치료는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료) 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
재활기능치료-매트및이동치료 (Rehabilitative Functional Training-Mattress or Mobilization Training)	MM301
재활기능치료-보행치료 (Rehabilitative Functional Training-Gait Training)	MM302
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
압박치료[1일당](Pneumatic Compression)	MM190
복합림프물리치료[1일당] (Complex Decongestive Physical Therapy)	MM200
연하재활 기능적전기자극치료 (Functional Electrical Stimulation for Rehabilitative Dysphagia Therapy)	MZ008
연하장애재활치료(Rehabilitative Dysphagia Therapy)	MX141
항문직장및골반근의생체되먹이기치료[1일당] (Anorectal And Pelvic Muscle Biofeedback)	MX031

별표89 6대기관 양성종양 및 용종 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표90 6대기관 양성종양 및 용종 수술 분류표

약관에 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
갑상선	갑상선수술	
	가. 갑상선염 전절제술	
	(1) 편측	P4551
	(2) 양측	P4552
	나. 갑상선염 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

별표91 뇌성마비 분류표

1 약관에 규정하는 뇌성마비로 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 뇌성마비 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
뇌성마비	G80

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 뇌성마비 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표92 수두 및 신생아수두 분류표

1 약관에 규정하는 수두 및 신생아수두로 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 수두 및 신생아수두 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
수두	수두	B01
신생아수두	기타 선천성 바이러스 질환	P35.8

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 수두 및 신생아수두 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.

별표93 천식지속상태 분류표

1 약관에 규정하는 천식지속상태로 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 천식지속상태 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
천식지속상태	J46

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 천식지속상태 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표94 중증틱장애 분류표

1 약관에 규정하는 중증틱장애로 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 중증틱장애 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애(데라투렛 증후군)	F95.2

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 중증틱장애 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표95 안구특정상해 분류표

1 약관에 규정하는 안구특정상해로 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 안구특정상해 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
안구특정상해	안구내조직의 탈출 또는 손실을 동반한 안구열상 및 파열	S05.2
	안구내조직의 탈출 또는 손실이 없는 안구열상	S05.3
	이물이 있거나 없는 안와의 관통창	S05.4
	이물이 있는 안구의 관통창	S05.5
	이물이 없는 안구의 관통창	S05.6
	안구의 박리	S05.7

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 안구특정상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표96 특정정신질환 분류표

1 약관에 규정하는 성장기특정정신질환으로 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 성장기특정정신질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
우울에피소드	F32
재발성 우울장애	F33
공황장애[간헐 발작성 불안]	F41.0
외상후스트레스장애	F43.1

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 성장기특정정신질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표97 독감(인플루엔자) 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표98 기흉 분류표

1 약관에 규정하는 기흉으로 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 기흉 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
기흉	J93
외상성 기흉	S27.0

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 기흉 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표99 기흉 및 신생아기흉 분류표

1 약관에 규정하는 기흉 및 신생아기흉으로 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 기흉 및 신생아기흉 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
기흉	기흉	J93
	외상성 기흉	S27.0
신생아기흉	출생전후기에 기원한 기흉	P25.1

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 기흉 및 신생아기흉 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.

별표100 양수색전증 분류표

1 약관에 규정하는 양수색전증으로 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 양수색전증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
산과적 색전증	O88

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 양수색전증 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.

별표101 다운증후군 분류표

1 약관에 규정하는 다운증후군으로 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 다운증후군 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
다운증후군	Q90

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 다운증후군 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표102 수두 분류표

1 약관에 규정하는 수두로 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 수두 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
수두	B01

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 수두 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표103 심장질환(특정Ⅰ) 분류표

1 약관에 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
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표104 심장질환(특정Ⅱ) 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표105 심장질환 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표106 아나필락시스 분류표

1 약관에 규정하는 아나필락시스로 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 아나필락시스 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스쇼크	T78.0
상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

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 아나필락시스 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표107 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표108 특정뇌동맥질환 분류표

1 약관에 규정하는 특정뇌동맥질환으로 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 특정뇌동맥질환 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병	분류번호
파열되지 않은 대뇌동맥의 박리	I67.0
파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1

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 특정뇌동맥질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표109 혈관색전술 분류표

약관에 규정하는 "혈관색전술"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
혈관색전술	뇌혈관[척추포함] 동맥류 - 보조물지지	M1661
	뇌혈관[척추포함] 동맥류 - 기타의 경우	M1662

주) 【별표108】(특정뇌동맥질환 분류표)에서 정한 질환 이외의 척추혈관, 뇌의 정

맥기형 또는 동맥기형에 대해 "혈관색전술"을 받은 경우 및 "혈관색전술"을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

별표110 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술 분류표

약관에 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

별표111 뇌 정위적 방사선술 분류표

약관에 규정하는 "뇌 정위적 방사선술"은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		코드
뇌 정위적 방사선수술	감마나이프 이용	HD113
	사이버나이프 이용	HD114
	선형가속기 이용	HD115

별표112 대장 양성종양 및 용종 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표113 다빈치로봇 암수술 분류표

약관에 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

별표114 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표115 암 특정단일유전자검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 "암 특정단일유전자검사(급여)"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 제2절(병리 검사료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
[사람유전자 분자유전검사]	
비유전성 유전자검사	
가. 기본표적증폭	C5830
나. 중합효소연쇄반응-확장	
(1) 이중중합효소연쇄반응, 중합효소연쇄반응-교잡반응	C5831
(2) 중합효소연쇄반응-폴리아크릴아마이드겔전기영동	C5832
다. 염기서열분석	
(1) 염기서열반응 2회	C5833
(2) 4회	C5834
(3) 6회	C5835
(4) 8회	C5836
(5) 10회	C5837
(6) 12회 이상	C5838
주 : B림프구 또는 T림프구의 유전자재배열 확인을 위해 1개 유전자 단일검사를 시행한 경우	C5843
주 : B림프구 또는 T림프구의 유전자재배열 확인을 위해 2개 유전자 동시검사를 시행한 경우	C5844
라. 기타	
(1) 서던블롯	C5839
(2) 동소교잡반응	C5840
(3) 형광동소교잡반응, 실버동소교잡반응	C5841
주 : 형광동소교잡반응에서 파라핀 블록을 이용한 경우	C5842

별표116 암 특정생검조직병리검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 "암 특정생검조직병리검사(급여)"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장 (검사료) 제4절(내시경, 천자 및 생검료) 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
골수천자생검[편측]	C8520
절개생검(심부[장기절개생검])-개흉에의한것	C8533
절개생검(심부[장기절개생검])-개복에의한것	C8534
전립선생검-경피적	C8551
전립선생검-관혈적	C8552
고환,부고환생검-경피적	C8561
고환,부고환생검-관혈적	C8562
자궁내막조직생검-흡인생검	C8573
자궁내막조직생검-단순소파생검	C8574
자궁내막조직생검-자궁경내소파술	C8575
자궁내막조직생검-구획소파생검	C8572
자궁경부착공생검	C8576
골생검(침생검)	C8581
골생검(절개생검)-척추골	C8582
골생검(절개생검)-기타부위	C8583
갑상선생검-침생검	C8591
갑상선생검-관혈적	C8592
관절절개생검술-결관절,고관절,천장관절	C8601
관절절개생검술-주관절,슬관절	C8602
관절절개생검술-완관절 및 족관절	C8603
관절절개생검술-기타부위	C8604
신경생검술	C8610
경정맥간생검	C8620
심근생검	CZ976
유방생검[편측]-침생검	C8641
유방생검[편측]-절개생검	C8642

별표117 치주질환(잇몸질환)치료 진료행위코드 분류표

지급기준	분 류	진료행위코드
1/3악당 지급	치주소파술	U1010
	치은신부착술	U1020
	치은성형술	U1030
	치은절제술	U1040
	치은박리소파술	
	가. 간단	U1051
	나. 복잡	U1052
	치근면처치술	U1060
치료1회당 지급	치조골결손부 골이식술	
	가. 동종골, 이종골, 합성골 이식의 경우	U1071
	나. 자가골이식의 경우[채취 포함]	U1072
	조직유도재생술	
	가. 골이식을 동반하지 아니한 경우	U1081
	나. 골이식을 동반한 경우	
	(1) 동종골, 이종골, 합성골이식의 경우	U1082
	(2) 자가골이식의 경우[채취 포함]	U1083
	조직유도재생막 제거술	U1090
	치은측방변위판막술, 치관변위판막술	U1100
	치은이식술	U1110
	치관분리술	UX102
치료치아 1개당 지급	치근절제술	
	가. 선택적치근절제술	U1131
	나. 치아반측절제술	U1132
	치관확장술	
	가. 치은절제술	UY101
	나. 근단변위판막술	UY102
	다. 근단변위판막술 및 치조골삭제술	UY103

주) 1. 동일한 잇몸부위에 주된 수술과 이에 수반되는 부수적인 수술로 두 가지 이상의 "치주질환(잇몸질환) 치료"를 동시에 실시한 경우에는 주된 수술 치료에 대해서만 보장합니다.

별표118 치석제거(스케일링)치료 진료행위코드 분류표

구분	진료행위코드
1/3악당 스케일링	U2232
전악 스케일링	U2233

별표119 X-ray 촬영 및 파노라마촬영 진료행위코드 분류표

구분		진료행위코드
X-ray	치근단 촬영	G9101~G9105
	교익 촬영	G9501~G9505
	교합 촬영	G9601
파노라마		G9701, G9761

별표120 시각기능검사 분류표

약관에서 규정하는 시각기능검사는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여목록상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
안검하수검사-얼음검사	E0791
정밀안저검사[편측]	E6660
기본 안저촬영[편측]	E6670
시신경유두입체검사[편측]	E6671
전안부촬영[편측]	E6672
시신경섬유층사진[편측]	E6673
광각 안저촬영[편측]	E6674
자가형광안저촬영[편측]	E6675
기본 형광안저혈관조영술[편측]	E6681
광각 형광안저혈관조영술[편측]	E6682
광간섭단층혈관영상[편측]	E6683

대상이 되는 항목	수가코드
망막전위도검사-표준	E6685
망막전위도검사-패턴	E6686
안구전위도검사	E6687
정밀시야검사[편측]	E6690
자동시야검사[편측]	E6691
엠식 변형시 검사	E6695
굴절및조절검사[안경처방전교부포함]	E6710
조절마비굴절검사	E6720
부하조절마비굴절검사	E6730
녹내장부하시험	E6740
안압측정-정밀측정	E6751
안압측정-기타	E6752
안압측정-일일반복안압측정	E6755
광각검사[암순응검사]	E6760
색각검사[색각이상검사표에의한것은제외]	E6770
안근기능검사및폭주검사-정밀검사[눈모음검사포함]	E6781
안근기능검사및폭주검사-랑카스터검사	E6782
안근기능검사및폭주검사-마독스검사	E6783
안근기능검사및폭주검사-프리즘가림검사	E6784
망막중심혈관압측정-간단한것[오프달모다이나모메트리]	E6791
망막중심혈관압측정-복잡한것[기아프메타]	E6792
양안시기능정밀검사-일반검사[워드4점검사;티트무스검사포함]	E6801
양안시기능정밀검사-특수검사[약시경,프리즘,복시,약시,강제견인,레드그라스검사포함]	E6802
세극등현미경검사	E6810
전방우각검사	E6820
눈물분비기능검사	E6831
눈물배출기능검사	E6832
전기저항기법에 기반한 눈물의 삼투압 측정 [편측]	E6836
각막지각검사	E6840
안구돌출측정	E6850
안구벽경성측정	E6860
각막곡율측정	E6870
토노그라피[방수유출율측정]	E6880

대상이 되는 항목	수가코드
각막내피세포검사	E6899
눈의 계측검사[편측]-초음파 이용	E7800
눈의 계측검사[편측]-레이저 간섭계 이용	E7801
초음파각막두께측정검사[편측]	E7810
동공부등검사-약물을 이용한 경우	E7951
동공부등검사-중성필터를 이용한 경우	E7952
빛산란시광학특성분석검사[편측]	E7980
형광 전안부 혈관조영술 [편측]	EX792
저시력검사	EX793
안검하수약물검사	EX794
다초점망막기능지형도검사	EX798
각막생체염색하 세극등현미경검사[로즈벵갈]	EY791
각막생체염색하 세극등현미경검사[훌루오레신]	EY792
각막생체염색하 세극등현미경검사[기타]	EY799
전산화각막형태검사 [편측]	EZ791
시신경유두 및 섬유층 분석[편측]	EZ794
인도시아닌 안저 혈관조영술 [편측]	EZ795
안구광학단층촬영[편측]	EZ796

별표121 청각 및 평형기능검사 분류표

약관에서 규정하는 청각 및 평형기능검사는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
청각기능검사	음장검사-음장역치검사	F0341
	음장검사-음장역치검사-편측으로 시행하는 경우	F0342
	음장검사-음장어음검사	F0343
	음장검사-음장어음검사-편측으로 시행하는 경우	F0344
	언어청각검사	F6300
	소음환경하 어음인지력 검사	F6301
	청력검사[순음청력계기에의한검사]-표준순음청력검사-불쾌강도 역치검사를 시행한 경우	F6340
	청력검사[순음청력계기에의한검사]-표준순음청력검사	F6341
	청력검사[순음청력계기에의한검사]-순음소실검사	F6342
	청력검사[순음청력계기에의한검사]-역치상피로검사	F6343
	청력검사[순음청력계기에의한검사]-소증폭인지도검사	F6344
	청력검사[순음청력계기에의한검사]-양이교대성음량평형검사	F6345
	청력검사[순음청력계기에의한검사]-이명도검사	F6346
	청력검사[순음청력계기에의한검사]-간별역치검사	F6347
	청력검사[순음청력계기에의한검사]-요지경검사	F6348
	청력검사[자기청력계기에의한검사]	F6350
	청력검사[임피단스오디오메트리에의한검사]-고막운동성계측	F6361
	청력검사[임피단스오디오메트리에의한검사]-등골근반사검사	F6362
	청력검사[임피단스오디오메트리에의한검사]-등골근반사소실검사	F6363
	유소아청력검사	F6370
	이음향방사검사-자발	F6381
	이음향방사검사-변조	F6382
청각기능검사	이음향방사검사-크릭유발	F6383
	전기와우도검사	F6390
	청성뇌간반응역치검사	F6400
	청성지속반응검사	F6410
	전정유발근전위검사-경부,외안근 동시 검사	F7340
	와우전기자극검사	FX732
	인공와우조절검사	FY331
	인공와우조절검사(원격신경반응검사를실시한경우)	FY332
	보청기조절검사	FY333
	전정유발근전위검사	FZ734
	청각검사(선별)-자동화 이음향 방사검사	FZ735
	청각검사(선별)-자동화 청성뇌간반응검사	FZ736
평형기능검사	평형기능검사[직립및편의검사]	F6310
	평형기능검사[Frenzel안경안진검사]-자발및주시안진검사	F6321
	평형기능검사[Frenzel안경안진검사]-두위및두위변환안진검사	F6322
	평형기능검사[Frenzel안경안진검사]-두진후안진검사	F6323
	평형기능검사[Frenzel안경안진검사]-온도안진검사	F6324
	평형기능검사[Frenzel안경안진검사]-누공검사	F6325
	비디오 두부충동검사	F6330
	평형기능검사[전기안진검사]-자발및주시안진검사	F6331
	평형기능검사[전기안진검사]-두위및두위변환안진검사	F6332
	평형기능검사[전기안진검사]-두진후안진검사	F6333
	평형기능검사[전기안진검사]-온도안진검사(단일검사)	F6334
	평형기능검사[전기안진검사]-온도안진검사(냉온교대검사)	F6335
	평형기능검사[전기안진검사]-누공검사	F6336
	평형기능검사[전기안진검사]-시운동성안진및시운동후안진검사	F6337
	평형기능검사[전기안진검사]-급속안구운동검사	F6338
	평형기능검사[전기안진검사]-시표추적검사	F6339
	자동평형검사	FX731

별표122 성장기언어및행동발달특정장애 분류표

1 약관에 규정하는 성장기특정행동발달장애로 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 성장기특정행동발달장애 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
말하기와 언어의 특정 발달장애	F80
말더듬[말더듬증]	F98.5
활동성 및 주의력 장애	F90.0
만성 운동 또는 음성 틱장애	F95.1

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 성장기특정행동발달장애 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표123 성장기자폐증 분류표

1 약관에 규정하는 성장기자폐증으로 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 성장기자폐증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
소아기 자폐증	F84.0
비정형자폐증	F84.1

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 성장기자폐증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표124 정신질환 I 분류표

1 약관에 규정하는 정신질환 I 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 정신질환 I 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
우울에피소드	F32
재발성 우울장애	F33
광장공포증	F40.0
공황장애[간헐 발작성 불안]	F41.0
외상후스트레스장애	F43.1

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 정신질환 I 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표125 정신질환II 분류표

1 약관에 규정하는 정신질환II으로 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 정신질환II 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
범불안장애	F41.1
강박장애	F42

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 정신질환II 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표126 정신질환III 분류표

1 약관에 규정하는 정신질환III으로 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 정신질환III 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
조현병	F20
지속성 망상장애	F22
조현정동장애	F25
조증에피소드	F30
양극성 정동장애	F31

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 정신질환III 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표127 장애의 종류 및 기준에 따른 장애인 분류표

다음의 장애의 종류 및 기준은 장애인복지법 시행령 제2조(장애의 종류 및 기준)에서 정하는 별표1에 따릅니다.

구분	기준
정신장애인 (精神障碍人)	다음 각 목의 장애·질환에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람 가. 지속적인 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현정동장애(調絃情動障碍) 및 재발성 우울장애 나. 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 및 기면증

별표128 장애의 정도가 심한 장애인 분류표

다음의 장애의 종류 및 기준은 장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애 정도 등)에서 정하는 [별표1] 및 보건복지부고시 '장애정도판정기준'에서 정한 장애의 정도가 심한 장애인 따릅니다.

구분	기준
정신장애인 (精神障碍人)	1. 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 또는 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요한 사람 2. 양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요한 사람 3. 재발성 우울장애로 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요한 사람 4. 조현정동장애로 장애의 정도가 심한 장애인 1호 내지 3호에 준하는 증상이 있는 사람
정신장애인 (精神障碍人)	5. 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 및 사회적 위축 등의 음성증상이 있고 중등도의 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요한 사람 6. 양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요한 사람 7. 재발성 우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요한 사람 8. 조현정동장애로 장애의 정도가 심한 장애인 5호 내지 7호에 준하는 증상이 있는 사람
구분	기준
	9. 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나 인격변화나 퇴행은 심하지는 아니한 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적으로 도움이 필요한 사람 10. 양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 등의 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적으로 도움이 필요한 사람 11. 재발성 우울장애로 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적으로 도움이 필요한 사람 12. 조현정동장애로 장애의 정도가 심한 장애인 9호 내지 11호에 준하는 증상이 있는 사람

별표129 컴퓨터사용 특정질환 분류표

1 약관에 규정하는 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)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 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
컴퓨터사용 특정질환	근육장애	M60~M63
	윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
	기타 연조직장애	M70~M79
	기타 관절연골장애	M24.1
	인대장애	M24.2
	관절통	M25.5
	달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.6
	경추상완증후군	M53.1
	팔의 단일 신경병증	G56
	복합부위통증증후군II형	G90.6
	기타 및 상세불명 유형의 복합부위통증증후군	G90.7
	척주후만증 및 척주전만증	M40
	척주측만증	M41

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 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표130 척추측만증II 분류표

1 약관에 규정하는 척추측만증으로 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 척추측만증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
영아 특발성 척주측만증	M41.0
연소성 특발성 척주측만증	M41.1
기타 특발성 척주측만증	M41.2
흉곽성 척주측만증	M41.3
신경근육성 척주측만증	M41.4
기타 이차성 척주측만증	M41.5
기타 형태의 척주측만증	M41.8
상세불명의 척주측만증	M41.9

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 척추측만증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표131 사시 분류표

1 약관에 규정하는 사시로 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 사시 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
마비성 사시	H49
기타 사시	H50

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 사시 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표132 임신출산질환(통상분만입원일수 제외) 분류표

1 약관에 규정하는 임신출산질환(통상분만입원일수 제외)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 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
유산된 임신	O00~O08
임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10~O16
주로 임신에 관련된 기타 산모 장애	O20~O29
태아와 양막강 그리고 가능한 분만 문제에 관련된 산모 관리	O30~O48
진통 및 분만의 합병증	O60~O75
분만	O80~O84
주로 산후기에 관련된 합병증	O85~O92

주) 1. 분만입원의 경우에는 총입원일수가 통상분만입원일수 이내인 경우를 통상분만이라고 하며, 통상분만은 보상 대상에서 제외됩니다. 통상분만입원일수는 자연분만은 4일, 제왕절개는 8일을 적용합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 임신출산질환(통상분만입원일수 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
4. 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.

별표133 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표134 신경성식욕부진 · 폭식증 분류표

1 약관에 규정하는 신경성식욕부진 · 폭식증으로 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 신경성식욕부진 · 폭식증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
신경성 식욕부진	F50.0
신경성 폭식증	F50.2

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 신경성식욕부진 · 폭식증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표135 베일리영유아발달검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 "베일리영유아발달검사(급여)"는 "건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
베일리영아발달측정	FZ695

별표136 특정변형두상 분류표

1 약관에 규정하는 특정변형두상으로 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 특정변형두상 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
쏠린머리증	Q67.3
두개골유합	Q75.0

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 특정변형두상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표137 난청(노년난청제외) 분류표

1 약관에 규정하는 난청(노년난청제외)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 난청(노년난청제외) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
전음성 및 감각신경성 청력소실	H90
귀독성 청력소실	H91.0
돌발성 특발성 청력소실	H91.2
기타 명시된 청력소실	H91.8
상세불명의 청력소실	H91.9
내이의 소음효과, 음향성 외상, 소음유발청력소실	H83.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따

라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 난청(노년난청제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표138 소아성장호르몬결핍증 분류표

1 약관에 규정하는 소아성장호르몬결핍증으로 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 소아성장호르몬결핍증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
뇌하수체기능저하	E23.0

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 소아성장호르몬결핍증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표139 출산전선별검사이상소견 분류표

1 약관에 규정하는 출산전선별검사이상소견으로 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 출산전선별검사이상소견 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
산모의 출산전 선별검사의 이상소견	O28

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 출산전선별검사이상소견 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.

별표140 성조숙증II 분류표

1 약관에 규정하는 성조숙증II로 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 성조숙증II 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
조발사춘기	E30.1
기타 뇌하수체의 기능항진	E22.8

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 성조숙증II 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보

장되지 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.

별표141 성조숙증Ⅱ약제치료(급여) 분류표

아래 "성조숙증Ⅱ약제치료(급여)" 해당 의약품명 및 성분명은 2021년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다.

주성분명	주성분코드
goserelin acetate (as goserelin 10.8mg)	167201BIJ
goserelin acetate (as goserelin 3.6mg)	167202BIJ
leuprolide acetate 14mg(5mg/mL)	182630BIJ
leuprolide acetate 3.75mg	182602BIJ
leuprolide acetate 11.25mg	182604BIJ
leuprolide acetate (as leuprolide 7.5mg)	182605BIJ
leuprolide acetate (as leuprolide 22.5mg)	182606BIJ
leuprolide acetate (as leuprolide 45mg)	182608BIJ
leuprolide acetate 22.5mg	182611BIJ
triptorelin acetate 0.105mg (0.105mg/mL)	244930BIJ
triptorelin acetate (as triptorelin 3.75mg)	244902BIJ
triptorelin pamoate (as triptorelin 11.25mg)	467501BIJ
triptorelin pamoate (as triptorelin 22.5mg)	467502BIJ

별표142 악안면수술(급여) 분류표

약관에 규정하는 악안면수술(급여)로 분류되는 의료행위는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
상악골 절제술	
상악골부분절제	N0391
상악골전적출술	N0392
상악골 신장술	
Le Fort I	N0406
Le Fort II	N0407
Le Fort III	N0408
하악골 재건술	N0411
하악골절제술	
하악골부분절제	N0421
하악골반측절제	N0422
하악골 신장술	N0423
관상돌기절제술	N0428
악관절 치환술	N0719
악관절 성형수술	N0741
하악과두절제술	N0742
악관절원반 성형술	N0743
악관절탈구정복술	
관혈적정복술	N0772
악골골절수술	
가. 하악골 골절수술	
(2) 관혈적정복술	
(가) 정중부, 골체부, 우각부	N0952
(나) 하악 과두부	N0953
나. 상악골 골절수술	
(2) 관혈적정복술	
(가) Le Fort I	N0962
(나) Le Fort II	N0963
(다) Le Fort III	N0964
부정유합된 하악골 절골 교정술	N0955
부정유합된 관골 절골 교정술	N0967
상악골성형술	
가. 분절골절단술	NY051
나. Le Fort I	NY052

대상이 되는 항목	수가코드
다. Le Fort II	NY053
라. Le Fort III	NY054
하악골성형술	
가. 분절골절단술	NY055
나. 이부성형술	NY056
다. 하악지골절단술	NY057

별표143 카티치료제 해당 의약품명 및 성분명

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)

별표144 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
1.【별표144-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여【별표144-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
2.【별표144-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일 단,【별표144-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
3.【별표144-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일 단,【별표144-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

주) 1. NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale 의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.

2. "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

별표144-1 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
뇌혈관 질환	I60~I67
경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
후천성 동정맥루	I77.0
순환계통의 기타 선천기형	Q28.0 ~ Q28.3
두개내손상	S06

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

별표144-2 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
혈종제거를 위한 개두술	S4621, S4622
뇌동맥류수술	S4641~S4644
뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
두개강내 혈관문합술	S4661~S4664
단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
뇌엽절제술	S4780
뇌 기저부 수술	S4801~S4803
중추신경계정위수술-혈종제거	S4756
경피적풍선혈관성형술	M6593, M6594, M6597
경피적뇌혈관약물성형술	M6599
경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601, M6602, M6605
경피적혈전제거술	M6630, M6632, M6635, M6636, M6637, M6639
혈관색전술	M1661~M1663, M1676, M1677, M1667, M6644
천두술	N0322~N0324
개두술 또는 두개절제술	N0333, N0336, N0337
혈관내 죽종제거술	00226, 00227, 02066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술	S4744
뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

별표145 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
【별표145-1】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여【별표145-2】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)에 해당하는 수술 또는【별표145-3】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분)에 해당하는 약제를 투여받은 경우 최대 30일 단,【별표145-1】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는【별표145-2】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

별표145-1 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
만성 류마티스심장질환	I05~I09
허혈심장질환	I20~I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
기타 형태의 심장병	I30~I51
대동맥의 죽상경화증	I70.0
대동맥동맥류 및 박리	I71
달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
대동맥궁증후군[다카야스]	M31.4
순환계통의 선천기형	Q20~Q25
대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9
흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

별표145-2 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
동맥관 우회로 조성술	0A640,0A641,0A647~0A649, 01640~01641,01643~01649
심장 창상봉합술	01660
동맥관개존폐쇄술	01671,01672
대동맥축착증수술	01680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	01690
심혈관단락술	01701,01702
폐동맥결찰술	01703,01704
심방중격결손조성술	01705
심방, 심실중격결손증수술	01710,01711,01721~01723
판막협착증수술	01730,01740,01750,01760
심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	01770
판막성형술	01781~01784
인공판막치환술	01791~01793,01797
인공판막재치환술	01794~01796,01798
비봉합 대동맥판막치환술	01799
활로씨 4 증후군 근본수술	01800
심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	01810
심내막상결손증 수술	01821,01822
좌심실류절제술	01823
좌심실용적축소성형술	01824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	01825,01826
관상동맥 내막절제술	01830
발살바동 동맥류파열수술	01840
동정맥기형교정술	01841
기타 복잡기형에 대한 심장수술	01851,01852
좌우폐동맥 성형술	01861
기능적 단심실증 교정술	01873,01874
라스텔리씨수술	01875
총 폐정맥 환류이상증 수술	01878
대혈관전위증 수술	01879
심실 보조장치 치료술	00881,00882,00883,00886, 00887,00888,00889
인공심폐순환	01890
개흉심장마사지	01895
부분체외순환	01901~01902
체외순환막형산화요법	01903~01904,01907
국소관류	01910
대동맥내풍선펌프	01921,01922
심낭루조성술	01931
심낭창형성술	01932,01935
심막절제술	01940
폐동맥혈전제거술	01950
대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	01960

대상이 되는 항목	수가코드
심내이물제거술	01970
심장종양제거술	01981,01982
심박기거치술	02001,02004,02005,02009, 00203~00210,00241~00243
부정맥수술	02006,02007
심율동전환 제세동기거치술	00211,00212,02211,02212
동맥류 절제술	02021,02022,02031~02033
혈전제거술-심장	00260
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	0Z751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521,M6522
경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543,M6546~M6548, M6550 및 M0651, M0657,M0658,M0661,M0662
경피적 관상동맥확장술	M6551,M6552,M6553,M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564,M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571,M6572
경피적 대동맥판삽입	M6580,M6581,M6582
경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605
경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6611~M6613
대동맥 혈관내 이식편 고정술	M6651,M6652
경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
경피적 혈전제거술	M6632,M6634,M6638,M6639
혈관색전술	M6644
심장이식술	Q8080
심장 및 폐이식술	Q8103
디케이에스수술	01853
관상동맥성형술	01854
대동맥박리수술	00232~00234
대동맥근부수술	00235
심장 재동기화 치료기 거치술	02221~02224

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

별표145-3 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 약제성분을 말합니다.

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 약제성분이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

별표146 중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표

약관에서 규정하는 중증질환자(암) 산정특례 대상질환은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
악성 신생물	C00~C97
제자리신생물	D00~D09
수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D48

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

별표147 중증질환자 암질환 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 중증질환자 암질환 산정특례대상은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 구분1 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 【별표146】(중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표)에 해당하는 상병으로 진료를 받은 경우	V193

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 암질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

별표148 뇌 · 수막의 양성신생물 분류표

1 약관에서 규정하는 뇌 · 수막의 양성신생물으로 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 · 수막의 양성신생물 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33

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 · 수막의 양성신생물 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.

별표149 일과성뇌허혈발작 분류표

1 약관에 규정하는 일과성뇌허혈발작으로 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 일과성뇌허혈발작 해당 여부를 판단합니다. 다만, 일과성 완전기억상실(G45.4), 신생아의 신생아뇌허혈(P91.0), 뇌출혈 및 뇌경색증(I60~I63), 뇌전증(G40), 편두통(G43), 실신 및 허탈(R55)은 보장에서 제외합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
척추-뇌기저동맥증후군	G45.0
경동맥증후군(대뇌반구성)	G45.1
다발성 및 양쪽 뇌전동맥증후군	G45.2
일과성 흑암시	G45.3
기타 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45.8
상세불명의 일과성 뇌허혈발작	G45.9

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 일과성뇌허혈발작 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표150 2대안과특정질환 분류표

1 약관에 규정하는 2대안과특정질환으로 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 2대안과특정질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
특정망막혈관폐쇄	중심망막동맥폐쇄	H34.1
	기타 망막동맥폐쇄	H34.2
	기타 망막혈관폐쇄	H34.8
	상세불명의 망막혈관폐쇄	H34.9
특정눈염증	공막염	H15.0
	상공막염	H15.1
	급성 및 아급성 홍채섬모체염	H20.0
	만성 홍채섬모체염	H20.1
	수정체유발 홍채섬모체염	H20.2
	기타 홍채섬모체염	H20.8
	상세불명의 홍채섬모체염	H20.9
	초점성 맥락망막염증	H30.0
	파종성 맥락망막염증	H30.1
	후섬모체염	H30.2
	기타 맥락망막염증	H30.8
	상세불명의 맥락망막염증	H30.9

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 2대안과특정질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표151 2대중추신경계특정질환 분류표

1 약관에 규정하는 2대중추신경계특정질환으로 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 2대중추신경계특정질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
중추신경계 염증성질환	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
두개·척추내 농양및육아종	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06

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 2대중추신경계특정질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표152 돌발성난청 및 특정귀어지럼증 분류표

1 약관에 규정하는 돌발성난청 및 특정귀어지럼증으로 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 돌발성난청 및 특정귀어지럼증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
특정귀어지럼증	메니에르병	H81.0
	양성 발작성 현기증	H81.1
	전정신경세포염	H81.2
	기타 말초성 현기증	H81.3
돌발성난청	돌발성 특발성 청력소실	H91.2

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 돌발성난청 및 특정귀어지럼증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표153 골 · 관절연골양성종양 분류표

1 약관에 규정하는 골 · 관절연골양성종양으로 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 골 · 관절연골양성종양 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
골 및 관절연골의 양성 신생물	D16

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 골 · 관절연골양성종양 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표154 중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양 분류표

1 약관에 규정하는 중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양으로 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 중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15

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 중이 · 호흡계 · 흉곽내기관양성종양 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표155 12대소화계특정질환 분류표

1 약관에 규정하는 12대소화계특정질환으로 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 12대소화계특정질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
장의 혈관장애	K55
복막염	K65
복막의 기타 장애	K66
식도의 천공	K22.3
장의천공(비외상성)	K63.1
담낭의 천공	K82.2
담관의 천공	K83.2
급성 충수염	K35
기타 충수염	K36
상세불명의 충수염	K37
충수의 기타 질환	K38
천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.04
천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.24
천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.44
천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.84
분문의 이완불능증	K22.0
바렛식도	K22.7
위공장궤양	K28
출혈이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.0
천공이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.1
출혈 및 천공이 모두 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.2
출혈을 동반한 식도의 궤양	K22.11
출혈이 있는 급성 십이지장궤양	K26.0
천공이 있는 급성 십이지장궤양	K26.1
출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.2
출혈이 있는 급성 위궤양	K25.0
천공이 있는 급성 위궤양	K25.1
출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.2
방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
독성 위장염 및 결장염	K52.1

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 12대소화계특정질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표156 11대특정감염병 분류표

1 약관에 규정하는 "11대특정감염병"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 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
장출혈성 대장균 감염증	장출혈성 대장균감염	A04.3
로타바이러스 감염증	로타바이러스장염	A08.0
노로바이러스 감염증	노로바이러스에 의한 급성 위장병증	A08.1
장내아데노바이러스 감염증	아데노바이러스 장염	A08.2
백일해	백일해	A37
성홍열	성홍열	A38
수두	수두	B01
수족구병	발진을 동반한 엔테로바이러스소수포구내염	B08.4
유행성이하선염	볼거리	B26

구분	대상이 되는 질병	분류번호
호흡기세포융합바이러스 감염증	호흡기세포융합바이러스폐렴	J12.1
	다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 호흡기세포융합바이러스	B97.4
	호흡기세포융합바이러스에 의한 급성 기관지염	J20.5
	호흡기세포융합바이러스에 의한 급성 세기관지염	J21.0
사람메타뉴모바이러스 감염증	사람메타뉴모바이러스폐렴	J12.3
	다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 기타 바이러스감염체	B97.8
	사람 메타뉴모바이러스에 의한 급성 세기관지염	J21.1

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 11대특정감염병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표157 내향성손발톱 분류표

1 약관에 규정하는 내향성손발톱으로 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 내향성손발톱 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
내향성 손발톱	L60.0

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 "내향성손발톱" 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표158 십자인대질환 분류표

1 약관에 규정하는 십자인대질환으로 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 십자인대질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
무릎의 내부장애	M23
무릎의 (전)(후)십자인대를 침범한 염좌 및 긴장	S83.5
(측부)(십자)인대와 복합된 (외측)(내측) 반달연골의 손상	S83.7

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 "십자인대질환" 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표159 | 십자인대수술(급여) 분류표

약관에 규정하는 "십자인대수술(급여)"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	수가코드
십자인대성형술	N0880
십자인대성형술-복잡	N0881
십자인대접합술	N0890

별표160 | 외상성특정뇌출혈 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표161 | 외상성특정장기손상 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표162 희귀질환자 산정특례대상 분류표

1 약관에서 규정하는 희귀질환자 산정특례대상은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제5조 별표4(희귀질환자 산정특례 대상)으로 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

2 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 희귀질환자가 등록일로부터 5년간 아래에 해당하는 상병으로 진료는 받은 경우를 말합니다.

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	**혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료**		
	유전성 제8인자결핍	D66	V009
	제8인자결핍(기능적 결함을 동반)	D66	V009
	혈우병 NOS	D66	V009
	A형혈우병	D66	V009
	고전적 혈우병	D66	V009
	유전성 제9인자결핍	D67	V009
	크리스마스병	D67	V009
	제9인자결핍(기능적 결함을 동반)	D67	V009
	혈장트롬보플라스틴성분결핍	D67	V009
	B형혈우병	D67	V009
	폰빌레브란트병	D68.0	V009
	혈관혈우병(Angiohaemophilia)	D68.0	V009
	혈관결손이 있는 제8인자결핍	D68.0	V009
	혈관혈우병(Vascular haemophilia)	D68.0	V009
	유전성 제11인자결핍	D68.1	V009
	C형혈우병	D68.1	V009
	혈장트롬보플라스틴전구물질결핍	D68.1	V009
	기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2	V009
	선천성 무피브리노젠혈증	D68.2	V009
	AC글로불린결핍	D68.2	V009
	프로악셀레린결핍	D68.2	V009
	제1인자[피브리노젠]의 결핍	D68.2	V009
	제2인자[프로트롬빈]의 결핍	D68.2	V009
	제5인자[불안정]의 결핍	D68.2	V009
	제7인자[안정]의 결핍	D68.2	V009
	제10인자[스튜어트-프라워]의 결핍	D68.2	V009
	제12인자[하게만]의 결핍	D68.2	V009
	제13인자[피브린안정화]의 결핍	D68.2	V009
	이상피브리노젠혈증(선천성)	D68.2	V009
	저프로콘버틴혈증	D68.2	V009
	오우렌병	D68.2	V009
2	**아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료**		
	크로이츠펠트-야콥병	A81.0	V102
	아급성 해면모양뇌병증	A81.0	V102
	가족성선종성폴립증	D12.6 (M8220/0)	V281
	포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0	V163
	잠두중독	D55.0	V163
	G6PD결핍빈혈	D55.0	V163
	해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2	V164
	용혈성 비구상적혈구성 (유전성) II형 빈혈	D55.2	V164
	헥소카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	피루브산염카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	삼탄당인산염이성화효소결핍빈혈	D55.2	V164
	알파지중해빈혈	D56.0	V232
	베타지중해빈혈	D56.1	V232
	쿠울리빈혈	D56.1	V232
	중증 베타지중해빈혈	D56.1	V232
	중간형 지중해빈혈	D56.1	V232
	중증 지중해빈혈	D56.1	V232
	델타-베타지중해빈혈	D56.2	V232
	지중해빈혈 소질	D56.3	V232
	태아헤모글로빈의 유전적 존속	D56.4	V232
	비정형 용혈-요독증후군	D59.3	V219
	발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5	V187
	만성 후천성 순수적혈구무형성	D60.0	V023

구분	상병명	상병코드	특정기호
	원발성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	가족성 저형성빈혈	D61.0	V023
	판코니빈혈	D61.0	V023
	블랙판-다이아몬드증후군	D61.0	V023
	영아 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	기형을 동반한 범혈구감소증	D61.0	V023
	체질성 무형성빈혈	D61.0	V023
	선천성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	특발성 무형성빈혈	D61.3	V023
	골수형성저하	D61.9	V023
	범골수황폐	D61.9	V023
	저형성빈혈 NOS	D61.9	V023
	선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4	V220
	이상조혈성 빈혈(선천성)	D64.4	V220
	항인지질증후군	D68.6	V253
	정성적 혈소판결손	D69.1	V106
	베르나르-술리에[거대혈소판]증후군	D69.1	V106
	글란즈만병	D69.1	V106
	그레이혈소판증후군	D69.1	V106
	혈소판무력증(출혈성)(유전성)	D69.1	V106
	혈소판병증	D69.1	V106
	에반스증후군	D69.3	V188
	선천성 무과립구증	D70	V108
	선천성 호중구감소	D70	V108
	영아 유전성 무과립구증	D70	V108
	무과립구증	D70	V108
	무과립구성 안지나	D70	V108
	호중구감소 NOS	D70	V108
	주기성 호중구감소	D70	V108
	코스트만병	D70	V108
	순환성 호중구감소	D70	V108
	호중구감소성 비장비대	D70	V108
	베르너-슐츠병	D70	V108

구분	상병명	상병코드	특정기호
	선천성 이상식작용증	D71	V109
	만성 (소아기) 육아종성 질환	D71	V109
	다형핵호중구의 기능장애	D71	V109
	진행성 패혈성 육아종증	D71	V109
	세포막수용체복합체[CR3]결손	D71	V109
	혈구탐식성 림프조직구증	D76.1	V110
	가족성 혈구탐식세망증	D76.1	V110
	단핵탐식세포의 조직구증	D76.1	V110
	세망조직구종(거대세포)	D76.3	V110
	심한 림프선병증을 동반한 동조직구증	D76.3	V110
	X-연관무감마글로불린혈증[브루톤](성장호르몬결핍을 동반)	D80.0	V111
	보통염색체열성 무감마글로불린혈증(스위스형)	D80.0	V111
	유전성 저감마글로불린혈증	D80.0	V111
	원발성 무감마글로불린혈증	D80.0	V111
	공통가변성 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	저감마글로불린혈증 NOS	D80.1	V111
	비가족성 저감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린을 지닌 B-림프구가 있는 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린A의 선택적 결핍	D80.2	V111
	면역글로불린G 서브클래스의 선택적 결핍	D80.3	V111
	면역글로불린M의 선택적 결핍	D80.4	V111
	면역글로불린M의 증가를 동반한 면역결핍	D80.5	V111
	거의 정상의 면역글로불린 또는 고면역글로불린혈증을 동반한 항체결핍	D80.6	V111
	항체결손이 현저한 기타 면역결핍	D80.8	V111
	카파경쇄결핍	D80.8	V111
	세망세포발생이상을 동반한 중증복합면역결핍	D81.0	V111
	T- 및 B-세포수가 감소된 중증복합면역결핍	D81.1	V111
	B-세포수가 정상이거나 감소된 중증복합면역결핍	D81.2	V111
	아데노신탈아미노효소결핍	D81.3	V111
	네젤로프증후군	D81.4	V111
	퓨린뉴클레오사이드인산화효소결핍	D81.5	V111

구분	상병명	상병코드	특정기호
	주조직적합성복합체 I 형결핍	D81.6	V111
	노출림프구증후군	D81.6	V111
	주조직적합성복합체 II 형결핍	D81.7	V111
	바이오틴-의존카복실레이스결핍	D81.8	V111
	오멘증후군	D81.8	V111
	중증복합면역결핍장애 NOS	D81.9	V111
	혈소판감소 및 습진을 동반한 면역결핍	D82.0	V111
	비스코트-얼드리치증후군	D82.0	V111
	디죠지증후군	D82.1	V111
	흉선성 림프조직무형성	D82.1	V111
	면역결핍을 동반한 흉선무형성 또는 형성저하	D82.1	V111
	인두낭증후군	D82.1	V111
	짧은사지체구를 동반한 면역결핍	D82.2	V111
	엡스타인-바르바이러스에 대한 유전성 결손반응에 따른 면역결핍	D82.3	V111
	X-연관 림프증식성 질환	D82.3	V111
	고면역글로불린E증후군	D82.4	V111
	B-세포 수 및 기능의 현저한 이상에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.0	V111
	현저한 면역조절T-세포장애에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.1	V111
	B- 또는 T-세포에 대한 자가항체를 동반한 공통 가변성 면역결핍	D83.2	V111
	상세불명의 공통 가변성 면역결핍	D83.9	V111
	림프구기능항원-1결손	D84.0	V111
	C1에스터레이스억제인자결핍	D84.1	V111
	보체계통의 결손	D84.1	V111
	폐의 사르코이드증	D86.0	V111
	림프절의 사르코이드증	D86.1	V111
	림프절의 사르코이드증을 동반한 폐의 사르코이드증	D86.2	V111
	피부의 사르코이드증	D86.3	V111
	사르코이드관절병증(M14.8*)	D86.8	V111
	사르코이드심근염(I41.8*)	D86.8	V111
	사르코이드근염(M63.3*)	D86.8	V111

구분	상병명	상병코드	특정기호
	포도막귀밑샘열	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 홍채섬모체염(H22.1*)	D86.8	V111
	기타 및 복합부위의 사르코이드증	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 다발성 뇌신경마비(G53.2*)	D86.8	V111
	한랭글로불린혈증성 혈관염	D89.1	V294
	말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0	V112
	말단비대증과 관련된 관절병증 (M14.5*)	E22.0	V112
	성장호르몬의 과잉생산	E22.0	V112
	쉬한증후군	E23.0	V165
	콜만증후군	E23.0	V165
	뇌하수체 부신피질자극호르몬의 과다생산	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 쿠싱병	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 부신피질기능항진증	E24.0	V114
	넬슨증후군	E24.1	V114
	이소성 부신피질자극호르몬증후군	E24.3	V114
	효소결핍과 관련된 선천성 부신생식기장애	E25.0	V115
	염류소실 선천성 부신증식증	E25.0	V115
	선천성 부신증식증	E25.0	V115
	21-수산화효소결핍	E25.0	V115
	부신생식기증후군 NOS	E25.9	V115
	바터증후군	E26.8	V254
	원발성 부신피질부전	E27.1	V116
	애디슨병	E27.1	V116
	자가면역성 부신염	E27.1	V116
	가족성 부신코티코이드결핍	E27.1	V116
	애디슨발증	E27.2	V116
	부신피질발증	E27.2	V116
	부신발증	E27.2	V116
	부신출혈	E27.4	V116
	부신경색증	E27.4	V116
	저알도스테론증	E27.4	V116
	부신피질부전 NOS	E27.4	V116
	안드로젠저항증후군	E34.5	V166
	송과선 기능이상	E34.8	V166

구분	상병명	상병코드	특정기호
	조로증	E34.8	V166
	활동성 구루병	E55.0	V207
	영아골연화증	E55.0	V207
	연소성 골연화증	E55.0	V207
	고전적 페닐케톤뇨증	E70.0	V117
	기타 고페닐알라닌혈증	E70.1	V117
	타이로신대사장애	E70.2	V117
	타이로신혈증	E70.2	V117
	타이로신증	E70.2	V117
	조직흑갈병	E70.2	V117
	알캅톤뇨증	E70.2	V117
	눈피부백색증	E70.3	V117
	눈백색증	E70.3	V117
	교차증후군	E70.3	V117
	체디아크(-스타인브링크)-히가시증후군	E70.3	V117
	헤르만스키-푸들라크증후군	E70.3	V117
	바르덴브르그 증후군(백색증을동반한)	E70.3	V117
	히스티딘대사장애	E70.8	V117
	트립토판대사장애	E70.8	V117
	단풍시럽뇨병	E71.0	V117
	프로피온산혈증	E71.1	V117
	메틸말론산혈증	E71.1	V117
	아이소발레린산혈증	E71.1	V117
	고발린혈증	E71.1	V117
	고류신-이소류신혈증	E71.1	V117
	지방산대사장애	E71.3	V117
	부신백질디스트로피[애디슨-쉴더]	E71.3	V117
	근육카르니틴팔미틸트란스퍼레이스결핍	E71.3	V117
	장쇄수산화아실코에이탈수소효소결핍증(VLCAD)	E71.3	V117
	아미노산운반장애	E72.0	V117
	로베증후군	E72.0	V117
	시스틴증	E72.0	V117
	판코니(-드토니)(-드브레)증후군	E72.0	V117
	시스틴뇨증	E72.0	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	하르트넙병	E72.0	V117
	시스틴축적병(N29.8*)	E72.0	V117
	유황함유아미노산대사장애	E72.1	V117
	호모시스틴뇨	E72.1	V117
	아황산염산화효소결핍	E72.1	V117
	시스타티오닌뇨증	E72.1	V117
	메타이오닌혈증	E72.1	V117
	고호모시스테인혈증	E72.1	V117
	요소회로대사장애	E72.2	V117
	아르지닌숙신산뇨	E72.2	V117
	시트룰린혈증	E72.2	V117
	아르지닌혈증	E72.2	V117
	고암모니아혈증	E72.2	V117
	라이신 및 하이드록시라이신 대사장애	E72.3	V117
	하이드록시라이신혈증	E72.3	V117
	글루타르산뇨	E72.3	V117
	고라이신혈증	E72.3	V117
	오르니틴대사장애	E72.4	V117
	오르니틴혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.4	V117
	오르니틴트랜스카바미라제결핍	E72.4	V117
	글라이신대사장애	E72.5	V117
	사르코신혈증	E72.5	V117
	비케톤고글라이신혈증	E72.5	V117
	고하이드록시프롤린혈증	E72.5	V117
	고프롤린혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.5	V117
	감마글루타밀회로의 장애	E72.8	V117
	베타아미노산대사장애	E72.8	V117
	선천성 젖당분해효소결핍	E73.0	V117
	글리코젠축적병 1b형 A	E74.0	V117
	글리코젠합성효소결핍	E74.0	V117
	코리병	E74.0	V117
	타루이병	E74.0	V117
	폼페병	E74.0	V117
	맥아들병	E74.0	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	글리코젠축적병	E74.0	V117
	포르브스병	E74.0	V117
	폰기에르케병	E74.0	V117
	간인산화효소결핍	E74.0	V117
	허스병	E74.0	V117
	심장글리코젠증	E74.0	V117
	안데르센병	E74.0	V117
	갈락토스혈증	E74.2	V117
	갈락토스대사장애	E74.2	V117
	갈락토카이네이스결핍	E74.2	V117
	포스포에놀피루브산염카르복시카이네이스의 결핍	E74.4	V117
	피루브산염대사 및 포도당신합성 장애	E74.4	V117
	탈수소효소피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	카복실레이스피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	옥살산뇨	E74.8	V117
	샌드호프병	E75.0	V117
	GM_2 -강글리오시드증	E75.0	V117
	연소형 GM_2 -강글리오시드증	E75.0	V117
	테이-삭스병	E75.0	V117
	GM_2 -강글리오시드증 NOS	E75.0	V117
	성인형 GM_2 -강글리오시드증	E75.0	V117
	강글리오시드증 NOS	E75.1	V117
	뮤코지질증 IV	E75.1	V117
	GM_1 -강글리오시드증	E75.1	V117
	GM_3 -강글리오시드증	E75.1	V117
	파브리(-앤더슨)병	E75.2	V117
	니만-픽병	E75.2	V117
	화버증후군	E75.2	V117
	크라베병	E75.2	V117
	설파테이스결핍	E75.2	V117
	이염성 백질디스트로피	E75.2	V117
	고쉐병	E75.2	V117
	신경세포세로이드라이포푸스신증	E75.4	V117
	스필마이어-보그트병	E75.4	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	쿠프스병	E75.4	V117
	바텐병	E75.4	V117
	얀스키-빌쇼스키병	E75.4	V117
	웰만병	E75.5	V117
	대뇌건의 콜레스테롤증[밴보게르트-쉐러-엡스타인]	E75.5	V117
	Ⅰ형 점액다당류증	E76.0	V117
	헐러증후군	E76.0	V117
	헐러-샤이에증후군	E76.0	V117
	샤이에증후군	E76.0	V117
	Ⅱ형 점액다당류증	E76.1	V117
	헌터증후군	E76.1	V117
	모르키오 (-유사)(고전적) 증후군	E76.2	V117
	마로토-라미 (경도)(중증) 증후군	E76.2	V117
	베타-글루쿠론산분해효소결핍	E76.2	V117
	Ⅲ, Ⅳ, Ⅵ, Ⅶ형 점액다당류증	E76.2	V117
	산필립포 (B형)(C형)(D형) 증후군	E76.2	V117
	뮤코지질증Ⅲ[거짓헐러다발디스트로피]	E77.0	V117
	뮤코지질증Ⅱ[Ⅰ-세포병]	E77.0	V117
	라이소솜효소의 번역후 수정의 결손	E77.0	V117
	푸고스축적증	E77.1	V117
	시알산증[뮤코지질증Ⅰ]	E77.1	V117
	당단백질분해의 결손	E77.1	V117
	아스파르틸글루코사민뇨	E77.1	V117
	마노스축적증	E77.1	V117
	레쉬-니한증후군	E79.1	V221
	유전성 코프로포르피린증	E80.2	V118
	포르피린증 NOS	E80.2	V118
	급성 간헐성 (간성) 포르피린증	E80.2	V118
	구리대사장애	E83.0	V119
	멘케스(꼬인모발)(강모)병	E83.0	V119
	윌슨병	E83.0	V119
	혈색소증	E83.1	V255
	산성인산분해효소결핍	E83.3	V189
	가족성 저인산혈증	E83.3	V189

구분	상병명	상병코드	특정기호
	저인산효소증	E83.3	V189
	비타민D저항골연화증	E83.3	V189
	비타민D저항구루병	E83.3	V189
	인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3	V189
	폐증상을 동반한 낭성 섬유증	E84.0	V120
	장증상을 동반한 낭성 섬유증	E84.1	V120
	낭성 섬유증에서의 태변장폐색 (P75*)	E84.1	V120
	원위장폐쇄증후군	E84.1	V120
	유전성 아밀로이드 신장병증	E85.0	V121
	비신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.0	V121
	가족성 지중해열	E85.0	V121
	아밀로이드다발신경병증(포르투갈)	E85.1	V121
	신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.1	V121
	상세불명의 유전가족성 아밀로이드증	E85.2	V121
	기관한정아밀로이드증	E85.4	V121
	국소적 아밀로이드증	E85.4	V121
	카다실	F01.1	V122
	레트증후군	F84.2	V122
	뇌전증에 동반된 후천성 실어증(失語症)[랜다우-클레프너]	F80.3	V256
	헌팅톤병	G10	V123
	헌팅톤무도병	G10	V123
	선천성 비진행성 운동실조	G11.0	V123
	조기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이전)	G11.1	V123
	X-연관 열성 척수소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	보류된 힘줄반사을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	마이오클로누스[헌트운동실조]을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	본태성 떨림을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	프리드라이히운동실조(보통염색체열성)	G11.1	V123
	만기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이후)	G11.2	V123
	DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3	V123
	모세혈관확장성 운동실조[루이-바]	G11.3	V123

구분	상병명	상병코드	특정기호
	유전성 강직성 하반신마비	G11.4	V123
	기타 유전성 운동실조	G11.8	V123
	상세불명의 유전성 운동실조	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 변성	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 병	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 증후군	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 운동실조 NOS	G11.9	V123
	영아척수성 근위축, I형[베르드니히-호프만]	G12.0	V123
	기타 유전성 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아기의 진행성 연수마비[파지오-론데]	G12.1	V123
	원위 척수성 근위축	G12.1	V123
	어깨종아리형 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아형, II형 척수성 근위축	G12.1	V123
	연소형, III형[쿠겔베르그-벨란더] 척수성 근위축	G12.1	V123
	성인형 척수성 근위축	G12.1	V123
	운동신경세포병(단, 기타 및 상세불명의 운동신경세포병(G12.28)은 제외)	G12.2	V123
	가족성 운동신경세포병	G12.20	V123
	산발형 근위축측삭경화증	G12.21	V123
	케네디 병	G12.28	V123
	기타 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12.8	V123
	상세불명의 척수성 근위축	G12.9	V123
	할러포르덴-스파츠병	G23.0	V257
	색소성 담창구변성	G23.0	V257
	진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1	V190
	아급성 괴사성 뇌병증[리이]	G31.81	V208
	다발경화증	G35	V022
	뇌간(~의) 다발경화증	G35	V022
	척수(~의) 다발경화증	G35	V022
	다발경화증 NOS	G35	V022
	전신성(~의) 다발경화증	G35	V022
	파종성(~의) 다발경화증	G35	V022
	시신경척수염[데빅병]	G36.0	V276

구분	상병명	상병코드	특정기호
	레녹스-가스토증후군	G40.4	V233
	웨스트증후군	G40.4	V233
	긴장-간대성 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	대발작 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	소발작뇌전증지속상태	G41.1	V125
	뇌전증 압상스지속상태	G41.1	V125
	복합부분뇌전증지속상태	G41.2	V125
	기타 뇌전증지속상태	G41.8	V125
	상세불명의 뇌전증지속상태	G41.9	V125
	발작수면 및 허탈발작	G47.4	V234
	멜커슨증후군	G51.2	V167
	멜케르손-로젠탈증후군	G51.2	V167
	데제린-소타스병	G60.0	V169
	루시-레비증후군	G60.0	V169
	영아기의 비대성 신경병증	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증 I-IV형	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0	V169
	샤르코-마리-투스질환	G60.0	V169
	비골근위축(축삭형, 비대형)	G60.0	V169
	길랭-바레증후군	G61.0	V126
	밀러휘셔증후군	G61.0	V126
	다초점 운동신경병증	G61.8	V126
	만성 염증성 탈수초성 다발신경병증	G61.8	V126
	중증근무력증	G70.0	V012
	선천성 및 발달성 근무력증	G70.2	V012
	조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리[에머리-드라이프스] 근디스트로피	G71.0	V012
	뒤쉔 또는 베커와 유사한 보통염색체열성, 소아형 근디스트로피	G71.0	V012
	눈 근디스트로피	G71.0	V012
	어깨종아리 근디스트로피	G71.0	V012
	근디스트로피	G71.0	V012
	중증[뒤쉔] 근디스트로피	G71.0	V012
	양성[베커] 근디스트로피	G71.0	V012

구분	상병명	상병코드	특정기호
	눈인두성 근디스트로피	G71.0	V012
	지대 근디스트로피	G71.0	V012
	원위성 근디스트로피	G71.0	V012
	얼굴어깨팔 근디스트로피	G71.0	V012
	근긴장장애	G71.1	V012
	거짓근긴장증	G71.1	V012
	신경근육긴장[아이작스]	G71.1	V012
	증상성 근긴장증	G71.1	V012
	선천성 근긴장증 NOS	G71.1	V012
	열성[베커] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	우성[톰슨] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	연골형성장애성 근긴장증	G71.1	V012
	근긴장디스트로피[스타이너트]	G71.1	V012
	선천성 이상근긴장증	G71.1	V012
	다발심 병	G71.2	V012
	선천성 근병증	G71.2	V012
	근섬유의 특정 형태이상을 동반한 선천성 근디스트로피(G71.2)	G71.2	V012
	미세심 병	G71.2	V012
	네말린근병증	G71.2	V012
	선천성 근디스트로피 NOS	G71.2	V012
	근세관성 (중심핵성) 근병증	G71.2	V012
	중심핵 병	G71.2	V012
	근섬유형 불균형	G71.2	V012
	달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증	G71.3	V012
	멜라스증후군	G71.3	V012
	유전성 근병증 NOS	G71.9	V012
	주기마비(가족성) 저칼륨혈성	G72.3	V258
	람베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1*	V259
	복합부위통증증후군 I형	G90.5	V177
	복합부위통증증후군 II형	G90.6	V168
	척수공동증 및 연수공동증	G95.0	V172
	폭스디스트로피	H18.5	V307
	원추각막	H18.6	V307

구분	상병명	상병코드	특정기호
	맥락막결손	H31.2	V295
	코츠망막병증	H35.0	V260
	색소망막염	H35.51	V209
	스타르가르트병	H35.58	V209
	레베르선천성흑암시	H35.59	V209
	상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59	V209
	컨스-세이어증후군	H49.8	V261
	원발성 폐동맥고혈압	I27.0	V202
	아이젠멘거복합	I27.8	V226
	아이젠멘거증후군	I27.8	V226
	비가역적 확장성 심근병증	I42.0	V127
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1	V127
	비대성 대동맥판하협착	I42.1	V127
	비폐색성 비대성 심근병증	I42.20	V127
	심내막심근(호산구성)병	I42.3	V127
	심내막심근(열대성)섬유증	I42.3	V127
	뢰플러심내막염	I42.3	V127
	심내막탄력섬유증	I42.4	V127
	선천성 심근병증	I42.4	V127
	긴QT증후군	I49.82	V296
	모야모야병	I67.5	V128
	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1	V129
	유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0	V297
	랑뒤-오슬러-웨버병	I78.0	V235
	버드-키아리증후군	I82.0	V173
	폐포단백질증	J84.0	V222
	특발성 폐섬유증	J84.1	V236
	불완전상아질형성	K00.51	V310
	이완불능증	K22.0	V315
	소장의 크론병	K50.0	V130
	대장의 크론병	K50.1	V130
	소장 및 대장 모두의 크론병	K50.8	V130
	가성 장 폐색	K56.0	V312
	원발성 담즙성 경변증	K74.3	V174

구분	상병명	상병코드	특정기호
	자가면역성 간염	K75.4	V175
	원발성 담관염/경화성 담관염(두 상병 진단기준 모두 충족하는 경우)	K83.0	V262
	보통천포창	L10.0	V132
	낙엽천포창	L10.2	V210
	수포성 유사천포창	L12.0	V211
	흉터유사천포창	L12.1	V212
	양성 점막유사천포창	L12.1	V212
	후천성 수포성 표피박리증	L12.3	V176
	전신농포건선	L40.1	V313
	손발바닥농포증	L40.3	V313
	중증 화농성 한선염	L73.22	V309
	성인발병 스틸병	M06.1	V298
	류마티스인자가 있거나 없는 연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 강직척추염	M08.1	V133
	전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2	V133
	(혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	만성 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	결절성 다발동맥염	M30.0	V134
	폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1	V134
	연소성 다발동맥염	M30.2	V134
	굿파스쳐증후군	M31.0	V135
	혈전성 혈소판감소성 자반	M31.1	V135
	혈전성 미세혈관병증	M31.1	V135
	베게너육아종증	M31.3	V135
	괴사성 호흡기육아종증	M31.3	V135
	대동맥궁증후군[다카야스]	M31.4	V135
	현미경적 다발동맥염	M31.7	V238
	기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1	V136
	심내막염 동반 전신홍반루푸스(I39.8*)	M32.1	V136
	리브만-삭스병(I39.0*)	M32.1	V136
	루푸스 심장낭염(I32.8*)	M32.1	V136
	폐침범 동반 전신홍반루푸스(J99.1+)	M32.1	V136

구분	상병명	상병코드	특정기호
	사구체질환 동반 전신홍반루푸스(N08.5*)	M32.1	V136
	세뇨관-간질신장병증 동반 전신홍반루푸스(N16.4*)	M32.1	V136
	신장침범 동반 전신홍반루푸스(N08.5*, N16.4*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 뇌염(G05.8*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 근병증(G73.7*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 대뇌동맥염(I68.2*)	M32.1	V136
	연소성 피부근염	M33.0	V137
	기타 피부근염	M33.1	V137
	다발근염	M33.2	V137
	진행성 전신경화증	M34.0	V138
	크레스트증후군	M34.1	V138
	석회증, 레이노현상, 식도기능장애, 경지증(硬指症), 모세혈관확장의 조합	M34.1	V138
	폐침범을 동반한 전신경화증(J99.1*)	M34.8	V138
	근병증을 동반한 전신경화증(G73.7*)	M34.8	V138
	근병증을(를) 동반한 쉐그렌증후군(G73.7*)	M35.0	V139
	폐침범을(를) 동반한 쉐그렌증후군(J99.1*)	M35.0	V139
	건조증후군[쉐그렌]	M35.0	V139
	각막결막염을(를) 동반한 쉐그렌증후군(H19.3*)	M35.0	V139
	신세뇨관-간질성 장애을(를) 동반한 쉐그렌증후군(N16.4*)	M35.0	V139
	혼합결합조직병	M35.1	V139
	베체트병	M35.2	V139
	류마티스성 다발근통	M35.3	V139
	미만성(호산구성) 근막염	M35.4	V139
	다초점 섬유경화증	M35.5	V139
	재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6	V139
	진행성 골화섬유형성이상	M61.1	V224
	두개골의 파젯병	M88.0	V213
	기타 뼈의 파젯병	M88.8	V213
	상세불명의 뼈의 파젯병	M88.9	V213
	수근반달뼈의 골연골증(연소성) [킨뵉]	M92.2	V299
	성인의 킨뵉병	M93.1	V299

구분	상병명	상병코드	특정기호
	재발성 다발연골염	M94.1	V178
	소사구체이상을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	최소변화병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	초점성 및 분절성 사구체병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 유리질증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 경화증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	미만성 막성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.2	V263
	미만성 메산지음 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.3	V263
	미만성 모세혈관내 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.4	V263
	미만성 메산지음 모세혈관성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	막증식성 사구체신염, 1형, 3형 또는 NOS를 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	고밀도침착병을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	막증식성 사구체신염, 2형을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	미만성 반월형 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	모세혈관외 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	신장성 요붕증	N25.1	V141
	댄디-워커증후군	Q03.1	V239
	무뇌이랑증	Q04.3	V214
	큰뇌이랑증	Q04.3	V214
	분열뇌증	Q04.6	V240
	수두증을 동반한 이분경추	Q05.0	V179
	수두증을 동반한 이분흉추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분흉요추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분척추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분요추	Q05.2	V179

구분	상병명	상병코드	특정기호
	수두증을 동반한 이분요천추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분천추	Q05.3	V179
	수두증을 동반한 상세불명의 이분척추	Q05.4	V179
	수두증이 없는 이분경추	Q05.5	V179
	수두증이 없는 이분흉추	Q05.6	V179
	이분흉요추 NOS	Q05.6	V179
	이분척추 NOS	Q05.6	V179
	이분요천추 NOS	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분요추	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분천골	Q05.8	V179
	상세불명의 이분척추	Q05.9	V179
	척수이개증	Q06.2	V180
	아놀드-키아리증후군	Q07.0	V143
	(외)이도의 선천성 결여, 폐쇄, 협착	Q16.1	V291
	소이증(小耳症)	Q17.2	V291
	총동맥간	Q20.0	V144
	동맥간존속	Q20.0	V144
	타우시그-빙증후군	Q20.1	V144
	이중출구우심실	Q20.1	V144
	이중출구좌심실	Q20.2	V144
	대혈관의 (완전)전위	Q20.3	V144
	심실대혈관연결불일치	Q20.3	V144
	대동맥의 우측전위	Q20.3	V144
	단일심실	Q20.4	V225
	수정혈관전위	Q20.5	V144
	방실연결불일치	Q20.5	V144
	좌측전위	Q20.5	V144
	심실내번	Q20.5	V144
	방실중격결손	Q21.2	V269
	총방실관	Q21.2	V269
	심내막융기결손	Q21.2	V269
	제1공심방중격결손(Ⅰ형)	Q21.2	V269
	팔로네징후	Q21.3	V269
	폐동맥 협착 또는 폐쇄, 대동맥의 우측위치 및 우심실	Q21.3	V269

구분	상병명	상병코드	특정기호
	비대를 동반한 심실중격결손		
	대동맥폐동맥창	Q21.4	V269
	대동맥폐동맥중격결손	Q21.4	V269
	대동맥중격결손	Q21.4	V269
	아이젠멘거결손	Q21.8	V226
	폐동맥판폐쇄	Q22.0	V145
	삼첨판폐쇄	Q22.4	V146
	에브스타인이상	Q22.5	V146
	형성저하성 우심증후군	Q22.6	V146
	대동맥판의 선천협착	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판폐쇄	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판협착	Q23.0	V147
	이첨대동맥판막	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판기능부전	Q23.1	V147
	대동맥판의 선천성 기능부전	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판류역류	Q23.1	V147
	선천성 승모판협착	Q23.2	V147
	선천성 승모판폐쇄	Q23.2	V147
	선천성 승모판기능부전	Q23.3	V147
	(승모판 협착 또는 폐쇄와 함께) 상행대동맥의 형성저하와 좌심실의 결손발육을 동반하는 대동맥구멍 및 판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전	Q23.4	V147
	형성저하성 좌심증후군	Q23.4	V147
	대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형	Q23.8	V147
	대동맥판 및 승모판의 상세불명의 선천기형	Q23.9	V147
	선천성 대동맥판하협착	Q24.4	V270
	관상동맥혈관의 기형	Q24.5	V148
	선천성 관상동맥류	Q24.5	V148
	선천성 심장차단	Q24.6	V271
	대동맥의 축착	Q25.1	V272
	대동맥의 축착(관전, 관후)	Q25.1	V272
	대동맥의 폐쇄	Q25.2	V272
	판막상부 대동맥협착	Q25.3	V272
	대동맥의 협착	Q25.3	V272

구분	상병명	상병코드	특정기호
	폐동맥의 폐쇄	Q25.5	V149
	대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	(하)(상)대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	좌상대정맥존속	Q26.1	V150
	전폐정맥결합이상	Q26.2	V150
	부분폐정맥결합이상	Q26.3	V150
	상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4	V150
	문맥결합이상	Q26.5	V150
	문맥-간동맥루	Q26.6	V150
	무설증(無舌症)	Q38.3	V241
	담관의 폐쇄	Q44.2	V181
	다낭성 신장, 보통염색체열성	Q61.1	V264
	다낭성 신장, 영아형	Q61.1	V264
	다낭성 신장, 보통염색체우성	Q61.2	V264
	방광외반	Q64.1	V227
	방광이소증	Q64.1	V227
	방광외번	Q64.1	V227
	선천성 다발관절만곡증	Q74.3	V292
	두개골유합	Q75.0	V265
	뾰족머리증(Acrocephaly)	Q75.0	V265
	두개골의 불완전유합	Q75.0	V265
	뾰족머리증(Oxycephaly)	Q75.0	V265
	삼각머리증	Q75.0	V265
	크루존병	Q75.1	V151
	두개안면골이골증	Q75.1	V151
	하악안면골이골증	Q75.4	V182
	프란체스쉐티 증후군	Q75.4	V182
	트레처-콜린스 증후군	Q75.4	V182
	연골무발생증	Q77.0	V228
	연골발생저하증	Q77.0	V228
	치사성 단신	Q77.1	V228
	질식성 흉부형성이상[쥐느]	Q77.2	V228
	짧은늑골증후군	Q77.2	V228
	점상 연골형성이상	Q77.3	V228

구분	상병명	상병코드	특정기호
	어깨고관절 점상 연골형성이상(1형-3형)	Q77.3	V228
	X-연관 우성 연골형성이상	Q77.3	V228
	연골무형성증	Q77.4	V228
	연골형성저하증	Q77.4	V228
	선천성 골경화증	Q77.4	V228
	디스트로피성 형성이상	Q77.5	V228
	엘리스-반크레벨트증후군	Q77.6	V228
	연골외배엽형성이상	Q77.6	V228
	척추골단형성이상	Q77.7	V228
	만발성 척추골단형성이상	Q77.7	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 기타 골연골형성이상	Q77.8	V228
	말단왜소 형성이상	Q77.8	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 상세불명의 골연골형성이상	Q77.9	V228
	불완전골형성	Q78.0	V183
	골취약증(Fragilitas ossium)	Q78.0	V183
	골취약증(Osteopsathyrosis)	Q78.0	V183
	다골성 섬유성 형성이상	Q78.1	V154
	얼브라이트(-맥쿤)(-스턴버그)증후군	Q78.1	V154
	골화석증	Q78.2	V229
	알베르스-쇤베르그증후군	Q78.2	V229
	카무라티-엥겔만증후군	Q78.3	V266
	내연골종증	Q78.4	V230
	마푸치증후군	Q78.4	V230
	올리에르병	Q78.4	V230
	필레증후군	Q78.5	V215
	다발선천외골증	Q78.6	V242
	골간병적조직연결	Q78.6	V242
	유전성 다발외골증	Q78.6	V242
	선천성 횡격막탈장	Q79.0	V155
	횡격막결여	Q79.1	V155
	횡격막 탈출	Q79.1	V155
	횡격막의 기타 선천기형	Q79.1	V155
	횡격막의 선천기형 NOS	Q79.1	V155

구분	상병명	상병코드	특정기호
	배꼽내장탈장	Q79.2	V155
	선천복벽탈장	Q79.2	V155
	복벽파열증	Q79.3	V155
	말린자두배증후군	Q79.4	V155
	복벽의 기타 선천기형	Q79.5	V155
	엘러스-단로스증후군	Q79.6	V155
	근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8	V155
	부근	Q79.8	V155
	선천성 짧은힘줄	Q79.8	V155
	근육의 결여	Q79.8	V155
	폴란드증후군	Q79.8	V155
	힘줄의 결여	Q79.8	V155
	선천성 근위축	Q79.8	V155
	선천성 협착띠	Q79.8	V155
	근골격계통의 상세불명의 선천기형	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천이상 NOS	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천변형 NOS	Q79.9	V155
	X-연관비늘증	Q80.1	V300
	X-연관비늘증; 스테로이드설파타제결핍	Q80.1	V300
	할리퀸태아	Q80.4	V300
	치사성 수포성 표피박리증	Q81.1	V184
	헤를리츠증후군	Q81.1	V184
	디스트로피성 수포성 표피박리증	Q81.2	V184
	탄력섬유성 거짓황색종	Q82.8	V314
	신경섬유종증(비악성)	Q85.0	V156
	폰렉클링하우젠병	Q85.0	V156
	신경섬유종증(비악성) 1형, 2형	Q85.0	V156
	결절성 경화증	Q85.1	V204
	에필로이아	Q85.1	V204
	부르노뷰병	Q85.1	V204
	폰 히펠-린다우 증후군	Q85.8	V216
	포이츠-제거스 증후군	Q85.8	V216
	스터지-베버(-디미트리) 증후군	Q85.8	V216
	(이상형태성) 태아알코올증후군	Q86.0	V157

구분	상병명	상병코드	특정기호
	고린-샤우드리-모스 증후군	Q87.0	V185
	주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형증후군	Q87.0	V185
	잠복안구증후군	Q87.0	V185
	골덴하 증후군	Q87.0	V185
	로빈 증후군	Q87.0	V185
	첨두다지유합증	Q87.0	V185
	첨두유합지증	Q87.0	V185
	단안증	Q87.0	V185
	뫼비우스 증후군	Q87.0	V185
	입-얼굴-손발 증후군	Q87.0	V185
	휘파람부는 얼굴	Q87.0	V185
	카펜터 증후군	Q87.0	V185
	안치지의 형성이상	Q87.0	V185
	드 랑즈 증후군	Q87.1	V158
	두보위츠 증후군	Q87.1	V158
	프라더-윌리 증후군	Q87.1	V158
	로비노-실버만-스미스 증후군	Q87.1	V158
	시클 증후군	Q87.1	V158
	주로 단신과 관련된 선천기형증후군	Q87.1	V158
	아르스코그 증후군	Q87.1	V158
	코케인 증후군	Q87.1	V158
	누난 증후군	Q87.1	V158
	러셀-실버 증후군	Q87.1	V158
	스미스-렘리-오피츠 증후군	Q87.1	V158
	쉐그렌-라손 증후군	Q87.1	V158
	루빈스타인-테이비 증후군	Q87.2	V243
	바테르 증후군	Q87.2	V243
	클리펠-트레노우네이-베버 증후군	Q87.2	V243
	홀트-오람 증후군	Q87.2	V243
	손발톱무릎뼈 증후군	Q87.2	V243
	소토스 증후군	Q87.3	V244
	위버 증후군	Q87.3	V244
	마르팡증후군	Q87.4	V186
	알포트 증후군	Q87.8	V267

구분	상병명	상병코드	특정기호
	로렌스-문(-바르데)-비들 증후군	Q87.8	V267
	젤웨거 증후군	Q87.8	V267
	최지 증후군	Q87.8	V267
	21삼염색체증, 감수분열비분리	Q90.0	V159
	21삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q90.1	V159
	21삼염색체증, 전위	Q90.2	V159
	21삼염색체증 NOS	Q90.9	V159
	18삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.0	V160
	18삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.1	V160
	18삼염색체증, 전위	Q91.2	V160
	13삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.4	V160
	13삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.5	V160
	13삼염색체증, 전위	Q91.6	V160
	13삼염색체증후군	Q91.7	V160
	5번 염색체 단완의 결손	Q93.4	V205
	고양이울음증후군	Q93.4	V205
	캐취22증후군	Q93.5	V217
	엔젤만증후군	Q93.5	V217
	스미스-마제니스 증후군	Q93.5	V217
	윌리엄스 증후군	Q93.5	V217
	핵형45, X	Q96.0	V021
	핵형46, X동인자(Xq)	Q96.1	V021
	동인자(Xq)를 제외한 이상 성염색체를 가진 핵형46, X	Q96.2	V021
	섞임증, 45, X/46, XX 또는 XY	Q96.3	V021
	섞임증, 이상성염색체를 가진 45, X/기타 세포열	Q96.4	V021
	클라인펠터증후군, 핵형 47, XXY	Q98.0	V218
	클라인펠터증후군, 두 개 이상의 X염색체를 가진 남성	Q98.1	V218
	클라인펠터증후군, 핵형 46, XX를 가진 남성	Q98.2	V218
	취약X증후군	Q99.2	V245
3	"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 극희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래 진료 또는 입원진료		V900
4	"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 기타염색체이상질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V901
5	"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 상세불명희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V999

주) 1. 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제5조 별표4(희귀질환자 산정특례 대상)에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.
2. "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 희귀질환자 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

별표163 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 분류표

1 약관에서 규정하는 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분 1-5에 해당하는 경우를 말합니다.

2 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 중증난치질환자(중증치매제외)가 등록일로부터 5년간 아래에 해당하는 상병으로 진료는 받은 경우를 말합니다.

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	**만성신부전증환자의 경우**		
	인공신장투석 실시 당일 외래진료, 해당 시술 관련 입원진료 또는 인공신장투석을 위한 시술·수술 관련 진료		V001
	계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V003
2	**혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료**		
	후천성 응고인자결핍	D68.4	V284
3	**장기이식 환자의 경우**		
	간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V013
	췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V014
	심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V015
	신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V005
	폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V277
	소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V278
4	**정신질환자가 해당 상병으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료**		
	편집조현병	F20.0	V161
	편집분열성 조현병	F20.0	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	파과형조현병	F20.1	V161
	해체성 조현병	F20.1	V161
	파과증	F20.1	V161
	긴장성 조현병	F20.2	V161
	긴장성 혼미	F20.2	V161
	조현병성 카탈렙시	F20.2	V161
	조현병성 긴장증	F20.2	V161
	조현병성 납굴증	F20.2	V161
	미분화조현병	F20.3	V161
	비정형조현병	F20.3	V161
	조현병후우울증	F20.4	V161
	잔류조현병	F20.5	V161
	만성 미분화조현병	F20.5	V161
	레스트추스탄트(조현병성)	F20.5	V161
	조현병성 잔류상태	F20.5	V161
	단순형조현병	F20.6	V161
	기타 조현병	F20.8	V161
	체감장애조현병	F20.8	V161
	조현양상장애 NOS	F20.8	V161
	조현양상정신병 NOS	F20.8	V161
	상세불명의 조현병	F20.9	V161
	조현형장애	F21	V161
	잠재 조현병성 반응	F21	V161
	경계성 조현병	F21	V161
	잠재성 조현병	F21	V161
	전정신병적 조현병	F21	V161
	전구성 조현병	F21	V161
	거짓신경증성 조현병	F21	V161
	거짓정신병증성 조현병	F21	V161
	조현형인격장애	F21	V161
	망상장애	F22.0	V161
	편집증	F22.0	V161
	편집증정신병	F22.0	V161
	편집증상태	F22.0	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	망상분열증(만기의)	F22.0	V161
	민감망상	F22.0	V161
	기타 지속성 망상장애	F22.8	V161
	망상성 이상형태공포증	F22.8	V161
	퇴행성 편집상태	F22.8	V161
	불평편집증	F22.8	V161
	상세불명의 지속적 망상장애	F22.9	V161
	조현병의 증상이 없는 급성 다형성 정신병장애	F23.0	V161
	조현병 및 상세불명의 증상이 없는 순환형 정신병	F23.0	V161
	조현병 증상이 없거나 상세불명의 부페 델리랑뜨	F23.0	V161
	조현병의 증상이 있는 급성 다형성 정신병장애	F23.1	V161
	조현병의 증상이 있는 순환형 정신병	F23.1	V161
	조현병 증상이 있는 부페 델리랑뜨	F23.1	V161
	급성 조현병-유사정신병장애	F23.2	V161
	급성 (미분화형) 조현병	F23.2	V161
	단기 조현양상장애	F23.2	V161
	단기 조현양상정신병	F23.2	V161
	몽환정신병	F23.2	V161
	조현병성 반응	F23.2	V161
	기타 급성 주로 망상우세성 정신병장애	F23.3	V161
	편집반응	F23.3	V161
	심인성 편집정신병	F23.3	V161
	기타 급성 및 일과성 정신병장애	F23.8	V161
	상세불명의 급성 및 일과성 정신병장애	F23.9	V161
	단기 반응성 정신병 NOS	F23.9	V161
	반응성 정신병	F23.9	V161
	유도망상장애	F24	V161
	감응성 정신병	F24	V161
	유도편집장애	F24	V161
	유도정신병장애	F24	V161
	조현정동장애, 조증형	F25.0	V161
	조현정동정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현양상정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현정동장애, 우울증형	F25.1	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	조현정동정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현양상정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동장애, 혼합형	F25.2	V161
	순환성 조현병	F25.2	V161
	혼합형 조현병성 및 정동성 정신병	F25.2	V161
	기타 조현정동장애	F25.8	V161
	상세불명의 조현정동장애	F25.9	V161
	조현정동정신병 NOS	F25.9	V161
	기타 비기질성 정신병장애	F28	V161
	만성 환각성 정신병	F28	V161
	상세불명의 비기질성 정신병	F29	V161
	정신병 NOS	F29	V161
5	**아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료**		
	도슨 봉입체뇌염	A81.1	V282
	아급성 경화성 범뇌염	A81.1	V282
	밴보게르트 경화성 백질뇌병증	A81.1	V282
	진행성 다초점백질뇌병증	A81.2	V282
	다초점백질뇌병증 NOS	A81.2	V282
	중추신경계통의 기타 비정형바이러스감염	A81.8	V282
	쿠루	A81.8	V282
	중추신경계통의 상세불명의 비정형바이러스감염	A81.9	V282
	중추신경계통의 프리온질환 NOS	A81.9	V282
	마이코박테리아감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	결핵을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	기타 세균감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.1	V103
	거대세포바이러스병을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.2	V103
	기타 바이러스감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.3	V103
	칸디다증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.4	V103
	기타 진균증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.5	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.6	V103

구분	상병명	상병코드	특정기호
	(HIV disease resulting in Pneumocystis jirovecii pneumonia)		
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia)	B20.6	V103
	다발감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.7	V103
	기타 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.8	V103
	상세불명의 감염성 또는 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.9	V103
	감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병 NOS	B20.9	V103
	카포시육종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.0	V103
	버킷림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.1	V103
	기타 유형의 비호지킨림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.2	V103
	림프성, 조혈성 및 관련 조직의 기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.3	V103
	다발성 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.7	V103
	기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.8	V103
	상세불명의 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.9	V103
	뇌병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.0	V103
	인체면역결핍바이러스치매	B22.0	V103
	림프성 간질폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.1	V103
	소모증후군을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	슬림병	B22.2	V103
	성장장애를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	달리 분류된 다발성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.7	V103
	급성 인체면역결핍바이러스감염증후군	B23.0	V103
	(지속성) 전신림프선병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.1	V103

구분	상병명	상병코드	특정기호
	달리 분류되지 않은 혈액학적 및 면역학적 이상을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.2	V103
	기타 명시된 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.8	V103
	상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24	V103
	후천면역결핍증후군 NOS	B24	V103
	에이즈-관련복합 NOS	B24	V103
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2	V162
	약물유발 무형성빈혈	D61.1	V283
	간질환에 의한 응고인자결핍	D68.4	V311
	약물유발 호중구감소	D70	V285
	과당대사장애	E74.1	V286
	유전성 과당불내성	E74.1	V286
	과당-1, 6-이인산분해효소결핍	E74.1	V286
	수크레이스결핍	E74.3	V286
	장성 탄수화물흡수의 기타 장애	E74.3	V286
	포도당-갈락토스흡수장애	E74.3	V286
	신생물딸림 신경근육병증 및 신경병증	G13.0	V287
	신생물딸림 변연부뇌병증(C00-D48+)	G13.1	V287
	달리 분류된 기타 질환에서 일차적으로 중추신경계통을 침범하는 계통적 위축	G13.8	V287
	파킨슨병	G20	V124
	특발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	원발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	편측파킨슨증	G20	V124
	떨림마비	G20	V124
	파킨슨증 또는 파킨슨병 NOS	G20	V124
	난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증	G40.31	V279

구분	상병명	상병코드	특정기호
	및 뇌전증증후군		
	결핵(~에서의) 다발신경병증(A17.82†)	G63.0	V170
	디프테리아(~에서의) 다발신경병증(A36.8†)	G63.0	V170
	감염성 단핵구증(~에서의) 다발신경병증(B27.-†)	G63.0	V170
	나병(~에서의) 다발신경병증(A30.-†)	G63.0	V170
	라임병(~에서의) 다발신경병증(A69.2†)	G63.0	V170
	볼거리(~에서의) 다발신경병증(B26.8†)	G63.0	V170
	포진후(~에서의) 다발신경병증(B02.2†)	G63.0	V170
	만기매독(~에서의) 다발신경병증(A52.1†)	G63.0	V170
	만기선천매독(~에서의) 다발신경병증(A50.4†)	G63.0	V170
	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증	G63.0	V170
	독성근신경장애	G70.1	V288
	노년성 황반변성(삼출성)	H35.31	V201
	울혈성 심근병증	I42.0	V289
	기타 비대성 심근병증	I42.28	V289
	기타 제한성 심근병증	I42.5	V289
	궤양성 (만성) 범결장염	K51.0	V131
	궤양성 (만성) 직장염	K51.2	V131
	좌측 결장염	K51.5	V131
	기타 궤양성 대장염	K51.8	V131
	상세불명의 궤양성 대장염	K51.9	V131
	중증 아토피성 피부염	L20.85	V308
	중증 보통건선	L40.00	V280
	비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스관절염	M05.0	V223
	펠티증후군	M05.0	V223
	류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1	V223
	류마티스혈관염	M05.2	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스심장막염(I32.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 다발신경병증(G63.6*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스심근염(I41.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스근병증(G73.7*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심내막염(I39.-*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스심장염(I52.8*)	M05.3	V223
	기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8	V223
	상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9	V223
	절단성 관절염(L40.5†)	M07.1	V237
	건선척추염(L40.5†)	M07.2	V237
	기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3	V237
	과민성 혈관염	M31.0	V290
	강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0	V140
	강직척추염, 후두환축부	M45.1	V140
	강직척추염, 경부	M45.2	V140
	강직척추염, 경흉추부	M45.3	V140
	강직척추염, 흉추부	M45.4	V140
	강직척추염, 흉요추부	M45.5	V140
	강직척추염, 요추부	M45.6	V140
	강직척추염, 요천부	M45.7	V140
	강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8	V140
	신생아의 호흡곤란증후군	P22.0	V142
	유리질막병	P22.0	V142
	신생아의 기타 호흡곤란	P22.8	V142
	신생아의 상세불명의 호흡곤란	P22.9	V142

주) 1. 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분1-5에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

2. "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

별표164 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
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표165 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

별표166 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

별표167 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표168 중증외상환자 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증외상환자 산정특례대상"은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025.12.1.시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증외상환자 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

별표169 중증화상환자 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증화상환자 산정특례대상"은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 【별표169-2】의 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	
가. 【별표169-1】에서 중증도 기준의 제1호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
나. 【별표169-1】에서 중증도 기준의 제2호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제2호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
다. 【별표169-1】의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
라. 【별표169-1】의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 【별표	V306

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
169-2】의 수술을 받는 경우	
마. 【별표169-1】의 상병 중 제4호에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증화상환자 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

별표169-1 본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병명은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

[중증도 기준]

구분	상병명	상병코드
1	가. 머리 및 목의 2도 화상	T20.2
	나. 몸통의 2도 화상	T21.2
	다. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상	T22.2
	라. 손목 및 손의 2도 화상	T23.2
	마. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상	T24.2
	바. 발목 및 발의 2도 화상	T25.2
	사. 상세불명 신체부위의 2도 화상	T30.2
2	가. 머리 및 목의 3도 화상	T20.3
	나. 몸통의 3도 화상	T21.3
	다. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상	T22.3
	라. 손목 및 손의 3도 화상	T23.3
	마. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상	T24.3
	바. 발목 및 발의 3도 화상	T25.3
	사. 상세불명 신체부위의 3도 화상	T30.3
3	가. 머리 및 목의 3도 화상 중 안면부에 수상한 경우	T20.3
	나. 몸통의 3도 화상 중 성기 또는 회음부에 수상한 경우	T21.3
	다. 손목 및 손의 3도 화상	T23.3
	라. 발목 및 발의 3도 화상	T25.3
	마. 눈 및 부속기의 화상	T26.0~T26.4
4	가. 호흡기도의 화상	T27.0~T27.3
	나. 기타 내부기관의 화상	T28.0~T28.3

[체표면적 기준]

구분	상병명	상병코드
1	가. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
	나. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
	다. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
	라. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
	마. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
	바. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
	사. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
	아. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9
2	가. 신체표면의 10-19%를 침범한 화상	T31.1
	나. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
	다. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
	라. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
	마. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
	바. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
	사. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
	아. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
	자. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

별표169-2 본인부담금 산정특례 중증화상의 수술명

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술명은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

수술명	수술코드
1. 반흔(흉터)구축성형술(운동제한이 있는 것)	N0241
2. 반흔(흉터)구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)	N0242~N0247, NA241~NA243

수술명	수술코드
3. 반흔(흉터)구축성형술 및 국소피판술(운동제한이 있는 것)	N0249

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

별표170 결핵질환자 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "결핵질환자 산정특례대상"은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2025-199호, 2025. 12. 1. 시행)" 제5조의2 별표5에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	산정특례대상 및 적용기간	특정기호
결핵	가. 대상 : 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 신고한 결핵질환자 중 결핵치료가 진행 중인 자가 항결핵제 내성(U84.3) 및 결핵(A15~A19)상병으로 확진 받아 공단에 산정특례로 등록한 자 나. 적용기간 : 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지 - 산정특례 종료일은 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에서 치료결과 구분항목이 “완치” 또는 “완료”일 경우는 치료종료일을, “사망”은 사망일을, “진단변경”은 진단변경일로 “중단 및 다른 의료기관으로 전원”은 해당 요양기관의 최종 진료일로 한다.	V000

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 결핵질환자 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

별표171 특정소액암 분류표

1 약관에서 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표172 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 따

라 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표173 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
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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)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.

별표174 | 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

별표175 | 창상봉합술(안면/경부) 대상 수가코드

약관에 규정하는 "창상봉합술(급여)"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 검사를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
창상봉합술 I (급여) (안면/경부)	**창상봉합술**	
	가. 안면 또는 경부	
	(1) 단순봉합	
	(가) 표재성인 것	
	1) 길이 1.5cm 미만	S0021
	2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	S0022
	(2) 변연절제를 포함	
	(가) 표재성인 것	
	1) 길이 1.5cm 미만	SA021
	2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	SA022
창상봉합술 II (급여) (안면/경부)	**창상봉합술**	
	가. 안면 또는 경부	
	(1) 단순봉합	
	(가) 표재성인 것	
	3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	S0027
	4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	S0028
	5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	S0029
	주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0030
	(나) 근육에 달하는것	
	1) 길이 1.5cm 미만	S0031
	2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	S0032
	3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	S0037
	4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	S0038
	5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	S0039
	주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0040
	(2) 변연절제를 포함	

대상이 되는 항목		수가코드
	(가) 표재성인 것	
	3) 길이 3.0㎝ 이상 ~ 5.0㎝ 미만	SA027
	4) 길이 5.0㎝ 이상 ~ 7.5㎝ 미만	SA028
	5) 길이 7.5㎝ 이상 ~ 10.0㎝ 미만	SA029
	주: 길이 10㎝이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5㎝ 증가될때마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA030
	(나) 근육에 달하는것	
	1) 길이 1.5㎝ 미만	SA031
	2) 길이 1.5㎝ 이상 ~ 3.0㎝ 미만	SA032
	3) 길이 3.0㎝ 이상 ~ 5.0㎝ 미만	SA037
	4) 길이 5.0㎝ 이상 ~ 7.5㎝ 미만	SA038
	5) 길이 7.5㎝ 이상 ~ 10.0㎝ 미만	SA039
	주: 길이 10㎝이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5㎝ 증가될때마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA040

별표176 창상봉합술(안면/경부 외) 대상 수가코드

약관에 규정하는 "창상봉합술(급여)"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 검사를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
창상봉합술 I (급여) (안면/경부 외)	**창상봉합술**	
	나. 안면 또는 경부 이외	
	(1) 단순봉합	
	(가) 표재성인 것	
	1) 길이 2.5㎝ 미만	SB021
	2) 길이 2.5㎝ 이상 ~ 5.0㎝ 미만	SB022
	(2) 변연절제를 포함	
	(가) 표재성인 것	
	1) 길이 2.5㎝ 미만	SC021
	2) 길이 2.5㎝ 이상 ~ 5.0㎝ 미만	SC022

대상이 되는 항목		수가코드
창상봉합술 II (급여) (안면/경부 외)	**창상봉합술**	
	나. 안면 또는 경부 이외	
	(1) 단순봉합	
	(가) 표재성인 것	
	3) 길이 5.0㎝ 이상 ~ 10.0㎝ 미만	SB029
	주: 길이 10㎝이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10㎝ 증가될때마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB030
	(나) 근육에 달하는것	
	1) 길이 2.5㎝ 미만	SB031
	2) 길이 2.5㎝ 이상 ~ 5.0㎝ 미만	SB032
	3) 길이 5.0㎝ 이상 ~ 10.0㎝ 미만	SB039
	주: 길이 10㎝이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10㎝ 증가될때마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB040
	(2) 변연절제를 포함	
	(가) 표재성인 것	
	3) 길이 5.0㎝ 이상 ~ 10.0㎝ 미만	SC029
	주: 길이 10㎝이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10㎝ 증가될때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC030
	(나) 근육에 달하는것	
	1) 길이 2.5㎝ 미만	SC031
	2) 길이 2.5㎝ 이상 ~ 5.0㎝ 미만	SC032
	3) 길이 5.0㎝ 이상 ~ 10.0㎝ 미만	SC039
	주: 길이 10㎝이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10㎝ 증가될때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC040

별표177	통합암Ⅱ(유사암제외) 분류표

1 약관에 규정하는 통합암Ⅱ(유사암제외)로 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 통합암Ⅱ(유사암제외) 해당 여부를 판단합니다.

세부보장	대상이 되는 항목	분류번호
소화기관암	식도의 악성 신생물	C15
	위의 악성 신생물	C16
	소장의 악성 신생물	C17
	결장의 악성 신생물	C18
	직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	직장의 악성 신생물	C20
	항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	췌장의 악성 신생물	C25
폐암	기관의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
두경부암	입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
	비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	부비동의 악성 신생물	C31
	후두의 악성 신생물	C32
	눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
특정소액암Ⅱ	유방의 악성 신생물	C50
	자궁경부의 악성 신생물	C53
	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	전립선의 악성 신생물	C61
	방광의 악성 신생물	C67
생식기암 및 비뇨기관암(자궁, 전립선,방광제외)	외음의 악성 신생물	C51
	질의 악성 신생물	C52
	난소의 악성 신생물	C56
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58
	음경의 악성 신생물	C60
	고환의 악성 신생물	C62
	기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
	신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	신우의 악성 신생물	C65
	요관의 악성 신생물	C66
	기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
3대특정고액암	심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
	수막의 악성 신생물	C70
	뇌의 악성 신생물	C71
	척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
혈액암	림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~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

세부보장	대상이 되는 항목	분류번호
11대 특정암	흉선의 악성 신생물	C37
	피부의 악성 흑색종	C43
	중피종	C45
	카포시육종	C46
	말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	부신의 악성 신생물	C74
	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
	불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
	독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97

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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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 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.

별표178 통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 분류표

1 약관에 규정하는 통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)로 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 통합암Ⅱ(전이암포함)(유사암제외) 해당 여부를 판단합니다.

세부보장	대상이 되는 항목	분류번호
소화기관암 (전이암 포함)	식도의 악성 신생물	C15
	위의 악성 신생물	C16
	소장의 악성 신생물	C17
	결장의 악성 신생물	C18
	직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	직장의 악성 신생물	C20
	항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
	소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
	대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5
	위의 이차성 악성 신생물	C78.80
	비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
	기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
	상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89
간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암 (전이암 포함)	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	췌장의 악성 신생물	C25
	간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
	췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
폐암 (전이암 포함)	기관의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	폐의 이차성 악성신생물	C78.0
	기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3

세부보장	대상이 되는 항목	분류번호
특정 소액암II (전이암 포함)	유방의 악성 신생물	C50
	자궁경부의 악성 신생물	C53
	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	전립선의 악성 신생물	C61
	방광의 악성 신생물	C67
	방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1
	유방의 이차성 악성 신생물	C79.80
생식기암 및 비뇨기관암(자궁, 전립선,방광제외) (전이암 포함)	외음의 악성 신생물	C51
	질의 악성 신생물	C52
	난소의 악성 신생물	C56
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58
	음경의 악성 신생물	C60
	고환의 악성 신생물	C62
	기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
	신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	신우의 악성 신생물	C65
	요관의 악성 신생물	C66
	기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
	난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
	생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
두경부암	입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
	비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	부비동의 악성 신생물	C31
	후두의 악성 신생물	C32
	눈 및 부속기의 악성 신생물	C69

세부보장	대상이 되는 항목	분류번호
3대특정 고액암 (전이암 포함)	심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
	수막의 악성 신생물	C70
	뇌의 악성 신생물	C71
	척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
	종격의 이차성 악성신생물	C78.1
	흉막의 이차성 악성신생물	C78.2
	뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
	신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
	골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
혈액암	림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~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

세부보장	대상이 되는 항목	분류번호
11대 특정암 (전이암 포함)	흉선의 악성 신생물	C37
	피부의 악성 흑색종	C43
	중피종	C45
	카포시육종	C46
	말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	부신의 악성 신생물	C74
	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
	기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
	후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
	피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
	부신의 이차성 악성 신생물	C79.7
	기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
	상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
	독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97

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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표179 통합전이암 분류표

1 약관에 규정하는 통합전이암으로 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 통합전이암 해당 여부를 판단합니다.

세부보장	대상이 되는 항목	분류번호
소화기관전이암	소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
	대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5
	위의 이차성 악성 신생물	C78.80
	비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
	기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
	상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89
간전이암, 담낭전이암, 기타담도전이암 및 췌장전이암	간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
	췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
폐전이암	폐의 이차성 악성신생물	C78.0
	기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3
특정 소액전이암 II	방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1
	유방의 이차성 악성 신생물	C79.80
생식기전이암 및 비뇨기관전이암(자궁,전립선,방광제외)	신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
	난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
	생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
3대특정 고액전이암	종격의 이차성 악성신생물	C78.1
	흉막의 이차성 악성신생물	C78.2
	뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
	신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
	골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
11대 특정전이암	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
	후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6

세부보장	대상이 되는 항목	분류번호
	피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
	부신의 이차성 악성 신생물	C79.7
	기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
	상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	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 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표180 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표181 특정 양성종양(기타 경증질환 포함) 분류표

별표181-1 특정 양성종양 I (24대, 기타 경증질환 포함) 분류표

1 약관에서 규정하는 특정 양성종양 I (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 양성종양 I (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
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

대상이 되는 항목	분류번호
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표181-2 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
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 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장

되지 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.

별표181-3 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표181-4 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표182 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
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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표183 2대질병(뇌혈관질환, 심장질환) 분류표

별표183-1 2대질병(뇌혈관질환) 분류표

1 약관에 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표183-2 2대질병(심장질환) 분류표

1 약관에 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 피보험

자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표184 허혈성심장질환 및 기타순환계질환 분류표

1 약관에 규정하는 허혈성심장질환 및 기타순환계질환으로 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 및 기타순환계질환 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
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
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 허혈성심장질환 및 기타순환계질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에

따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표185	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
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(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	수술종류
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	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	수술종류
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

구분	수술명	수술 종류
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
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 의료관련법에서 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 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, 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 원발병소를 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 적용합니다.

6. "악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 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 정위좌표계를 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]

별표186 폐렴 분류표

1 약관에서 규정하는 폐렴으로 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 폐렴 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
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
상세불명 병원체의 폐렴	J18

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 폐렴 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표187 패혈증 분류표

1 약관에서 규정하는 패혈증으로 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 패혈증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
연쇄알균패혈증	A40
기타 패혈증	A41
패혈성 쇼크	R57.2
살모넬라패혈증	A02.1
패혈증형페스트	A20.7
탄저병패혈증	A22.7
에리시펠로트릭스 패혈증	A26.7
리스테리아패혈증	A32.7
방선균패혈증	A42.7
파종성 헤르페스바이러스병	B00.7
칸디다패혈증	B37.7

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 패혈증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표188 주요폐질환 분류표

1 약관에서 규정하는 주요폐질환으로 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 주요폐질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
폐기종	J43
기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
기관지확장증	J47
달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
흉막판	J92
기흉	J93
기타 흉막의 병태	J94

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 주요폐질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표189 외부요인폐질환 분류표

1 약관에서 규정하는 외부요인폐질환으로 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 외부요인폐질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
탄광부진폐증	J60
석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증	J61
실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증	J62
기타 무기물먼지에 의한 진폐증	J63
상세불명의 진폐증	J64
결핵과 연관된 진폐증	J65
특정 유기물먼지에 의한 기도질환	J66
유기물먼지에 의한 과민성 폐렴	J67
화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
기타 외부요인에 의한 호흡기병태	J70

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 외부요인폐질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표190 골밀도검사 분류표

약관에서 규정하는 골밀도검사는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
골밀도 검사[재료대포함]	
가. 양방사선(광자) 골밀도 검사	
(1) 1부위	HC341
(2) 2부위 이상	HC342
나. 정량적 전산화단층골밀도검사	
(1) QCT	HC343
(2) PQCT	HC346
다. 방사선흡수측정기 방식	HC345
라. 기타 방법에 의한 것 [단광자 골밀도측정(SPA), 양방사선 말단 골밀도측정(PDEXA), 단에너지 골밀도측정(SXA), 초음파 골밀도측정(QUS)]	HC344

별표191 통합상해분류표

1 약관에서 규정하는 통합상해로 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 통합상해 해당 여부를 판단합니다.

구분	부위	대상이 되는 항목	분류번호
경증	머리 및 목	머리의 표재성 손상	S00
		머리의 열린상처	S01
		머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S03
		머리의 기타 및 상세불명의 손상	S09
		목의 표재성 손상	S10
		목의 열린상처	S11
		목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
		목의 기타 및 상세불명의 손상	S19
	몸통	흉부의 표재성 손상	S20
		흉부의 열린상처	S21
		흉곽의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S23
		기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
		흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29
		복부, 아래등 및 골반의 표재성 손상	S30
		복부, 아래등 및 골반의 열린상처	S31
		요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
		복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상	S39
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 표재성 손상	S40
		어깨 및 위팔의 열린상처	S41
		견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
		어깨 및 위팔의 기타 및 상세불명의 손상	S49
	아래팔	아래팔의 표재성 손상	S50
		아래팔의 열린상처	S51
		팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
		아래팔의 기타 및 상세불명의 손상	S59

구분	부위	대상이 되는 항목	분류번호
경증	손목 및 손	손목 및 손의 표재성 손상	S60
		손목 및 손의 열린상처	S61
		손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
		손목 및 손의 기타 및 상세불명의 손상	S69
	엉덩이 및 대퇴	엉덩이 및 대퇴의 표재성 손상	S70
		엉덩이 및 대퇴의 열린상처	S71
		고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
		엉덩이 및 대퇴의 기타 및 상세불명의 손상	S79
	아래다리	아래다리의 표재성 손상	S80
		아래다리의 열린상처	S81
		무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
		아래다리의 기타 및 상세불명의 손상	S89
	발목 및 발	발목 및 발의 표재성 손상	S90
		발목 및 발의 열린상처	S91
		발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
		발목 및 발의 기타 및 상세불명의 손상	S99
	기타	여러 신체부위를 침범한 표재성 손상	T00
		여러 신체부위를 침범한 열린상처	T01
		여러 신체부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03
		달리 분류되지 않은 여러 신체부위를 침범한 기타 손상	T06
		상세불명의 다발손상	T07
		척추 및 몸통의 상세불명 부위의 기타 손상	T09
		팔의 상세불명 부위의 기타 손상	T11
		다리의 상세불명 부위의 기타 손상	T13
		상세불명의 신체부위의 손상	T14
		머리 및 목의 화상 및 부식	T20
		몸통의 화상 및 부식	T21
		손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
		손목 및 손의 화상 및 부식	T23
		발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
		발목 및 발의 화상 및 부식	T25

구분	부위	대상이 되는 항목	분류번호
경증	기타	눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
		기도의 화상 및 부식	T27
		기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
		여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
		상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
		포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
		포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
		표재성 동상	T33
		조직괴사를 동반한 동상	T34
		여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
중등증	머리 및 목	두개골 및 안면골의 골절	S02
		뇌신경의 손상	S04
		눈 및 안와의 손상	S05
		두개내손상	S06
		목의 골절	S12
		목부위의 혈관의 손상	S15
		목부위의 근육 및 힘줄의 손상	S16
	몸통	늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
		흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
		흉부 혈관의 손상	S25
		요추 및 골반의 골절	S32
		복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
		복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
		복강내기관의 손상	S36
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 골절	S42
		어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
		어깨 및 위팔 부위의 혈관의 손상	S45
		어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
	아래팔	아래팔의 골절	S52
		아래팔 부위의 신경의 손상	S54
		아래팔 부위의 혈관의 손상	S55
		아래팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S56

구분	부위	대상이 되는 항목	분류번호
중등증	손목 및 손	손목 및 손부위의 골절	S62
		손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
		손목 및 손 부위의 혈관의 손상	S65
		손목 및 손 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S66
	엉덩이 및 대퇴	대퇴골의 골절	S72
		엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
		엉덩이 및 대퇴 부위의 혈관의 손상	S75
		엉덩이 및 대퇴 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S76
	아래다리	발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
		아래다리 부위의 신경손상	S84
		아래다리 부위의 혈관의 손상	S85
		아래다리 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S86
	발목 및 발	발목을 제외한 발의 골절	S92
		발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
		발목 및 발 부위의 혈관의 손상	S95
		발목 및 발 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S96
	기타	여러 신체부위를 침범한 골절	T02
		척추의 상세불명 부위의 골절	T08
		팔의 상세불명 부위의 골절	T10
		다리의 상세불명 부위의 골절	T12
중증	머리 및 목	머리의 으깸손상	S07
		머리 부분의 외상성 절단	S08
		목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
		목의 으깸손상	S17
		목부위의 외상성 절단	S18
	몸통	심장의 손상	S26
		흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
		비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
		복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단	S38
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 으깸손상	S47
		어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
	아래팔	아래팔의 으깸손상	S57
		아래팔의 외상성 절단	S58

구분	부위	대상이 되는 항목	분류번호
중증	손목 및 손	손목 및 손의 으깸손상	S67
		손목 및 손의 외상성 절단	S68
	엉덩이 및 대퇴	엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
		엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
	아래다리	아래다리의 으깸손상	S87
		아래다리의 외상성 절단	S88
	발목 및 발	발목 및 발의 으깸손상	S97
		발목 및 발의 외상성 절단	S98
	기타	여러 신체부위를 침범한 으깸손상	T04
		여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T05

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 통합상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다.

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.

별표192 골절철심제거 수술 분류표

약관에 규정하는 "골절철심제거술"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 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
체내고정용금속제거술	
주 : 골에 삽입한 금속편이나 금속정 등을 간단히 제거한 경우 근막절개 하에 실시한 경우에는 770.08점을 산정하고, 근막절개 없이 실시한 경우에는 501.67점을 산정한다.	N0978, N0979
가. 골반골, 대퇴골	N0972
나. 상완골, 견갑골	N0973
다. 전완골, 하퇴골	
(1)요골과 척골중하나, 경골과 비골중 하나	N0977
(2)요척골 동시, 경비골 동시	N0974
라. 쇄골, 슬개골, 수근골, 족근골	N0975
마. 중수골, 중족골, 지골	N0976

별표193 상해특정시술치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 "상해특정시술치료"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
상해특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
	경막하천자	C8005
	후두하대조천자,경지주막하천자	C8010
	관절천자[간단한검사또는관절액이동술포함][편측]	C8020
	골수천자	C8031
	흉막천자	C8040
	복수천자,복막천자	C8050
	심낭천자	C8060
	뇌실천자	C8070
	상악동천자[간단한액검사포함][편측]	C8080
	고실천자[편측]	C8090
	고실천자[편측]-내시경하에서실시한경우	C8091
	더글라스와천자[간단한액검사포함]	C8100
	방광천자	C8120
	음낭수종천자	C8130
	기타부위천자[림프절,피부등]	C8140
	골수천자생검[편측]	C8520
	개봉선원치료-기타방법[복막천자,흉강천자,관절천자등]	HD073
	부정맥의냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자	M0652
	부정맥의냉각절제술-상심실성부정맥-중격천자	M0653
	부정맥의냉각절제술-심방세동-중격천자	M0655
	부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술,히스속절제술-중격천자	M0656

대상이 되는 항목		수가코드
상해특정 시술치료 (흡인,천자 ,절개,배액 ,배농) (급여)	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-낭종]	M1771
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1772
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1773
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1774
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-낭종]	M1775
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1776
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1777
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1778
	경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것]	M5830
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6540
	부정맥의고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6544
	부정맥의고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6545
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6549
	부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술, 히스속절제술)-중격천자	M6556
	경피경간담즙배액술[유도료별도산정]	M6670
	경피적배액관교환술	M6750
	낭종흡인요법[유도료별도산정]	M6850
	유주농양천자술	N0100
	근농양배농술(요장근농양)	N0841
	근농양배농술(둔근농양)	N0842
	근농양배농술(대퇴근농양)	N0843
	근농양배농술(기타근농양)	N0844
	추간판제거술-척추수핵용해술[방사선료포함]	N1495
	척추수핵흡인술[뉴크레오톰이용수핵제거등][방사선료포함]	N1496
	범발성폴립양성대절개및흡인술	01233
	경피적확장기관절개술	01301

대상이 되는 항목		수가코드
상해특정 시술치료 (흡인,천자 ,절개,배액 ,배농) (급여)	농흉세척[흉막강내주입포함]	01502
	흉강삽관술(폐쇄식)	01510
	종격동염배농술(비개흉식)	01581
	타석절개술(단순적출)	Q2241
	인후농양절개술(경구강)	Q2251
	편도주위농양절개술또는흡인술	Q2320
	간농양(낭종)수술-개복에의한흡인또는주입술	Q7211
	역행성담췌관내시경수술-담(췌)관배액술	Q7762
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담관확장술(단순[카테터등이용확장만하는경우])	Q7771
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBD또는T-Tube이용]-담석제거술(바스켓또는풍선카테터이용, 기계적쇄석술시)	Q7773
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담석제거술(전기수압식쇄석술시	Q7774
	요도주위농양절개술	R3750
	포상기태제거술-흡인소파술에의한것	R4481
	자궁내태아흉수배액술[유도료별도산정]-흉강천자	R4536
	절개술(안면또는경부,제1범위,1㎝미만)	S0011
	절개술(안면또는경부,제1범위,1㎝이상~2㎝미만)	S0012
	절개술(안면또는경부,제1범위,2㎝이상)	S0013
	중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거	S4756
	경피적척수낭종혹은공동흡인술	S4811
	척수강내 약물주입펌프이식술-단순천자에 의한 시험적약물주입술	S4841
	유리체흡인술	S5050
	전방천자	S5080
	안검농양절개술	S5240
	맥립종절개술	S5400
	각막전부기질천자술[편측]	S5542
	골막하농양절개배액술	S5761

대상이 되는 항목		수가코드
상해특정 시술치료 (신경차단술) (급여)	지주막하신경차단술	LA210
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA222
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA223
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA224
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA225
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA226
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA227
	경막외신경차단술(경막외패치술[혈액채취료포함])	LA228
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안면신경	LA232
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-설인신경	LA233
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-접구개신경절	LA234
	내시경하접구개신경절차단술	LA235
	척수신경말초지차단술-대소후두신경	LA241
	척수신경말초지차단술-상후두신경	LA242
	척수신경말초지차단술-후두신경	LA243
	척수신경말초지차단술-횡격막신경	LA244
	척수신경말초지차단술-척추부신경	LA245
	척수신경말초지차단술-견갑신경	LA247
	척수신경말초지차단술-늑간신경	LA248
	척수신경말초지차단술-장골서혜신경	LA249
	척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총	LA251
	척수신경총,신경근및신경절차단술-요천골신경총	LA253
	교감신경총및신경절차단술-간단한것	LA261
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(복강신경총)	LA264
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(하장간막신경총)	LA265
	척수신경말초지차단술-장골하복신경	LA270
	척수신경말초지차단술-음부신경	LA271
	척수신경말초지차단술-좌골신경	LA272

대상이 되는 항목		수가코드
상해특정 시술치료 (신경차단술) (급여)	척수신경말초지차단술-폐쇄신경	LA273
	척수신경말초지차단술-대퇴신경	LA274
	척수신경말초지차단술-외측대퇴피신경	LA275
	척수신경말초지차단술-상박신경총	LA276
	경막외신경차단술-일회성차단(경추및흉추)	LA321
	경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추)	LA323
	경막외신경차단술-일회성차단(미추)	LA324
	경막외신경차단술-경추간공차단(경추및흉추)	LA325
	경막외신경차단술-경추간공차단(요추및천추)	LA326
	경막외저장기펌프제거술	LA330
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-삼차신경절,상악신경,하악신경	LA340
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안와상,안와하,턱끝,이개측두신경	LA341
	척수신경말초지차단술-액와신경	LA346
	척수신경말초지차단술-액와하부신경	LA347
	척수신경총,신경근및신경절차단술-방척추신경	LA352
	척수신경총,신경근및신경절차단술-미골신경	LA353
	척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근	LA354
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척추후근신경절	LA355
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수회백신경교통지	LA356
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수신경후지	LA357
	척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지	LA358
	척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단	LA359
	척수신경총,신경근및신경절차단술-천장관절차단	LA360
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(흉부교감신경절)	LA361
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(요부교감신경절)	LA362
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(상하복신경총)	LA366
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(외톨이신경절)	LA367
	전척추블록(기본[1시간기준])	LY051
	전척추블록(유지[1시간초과시15분당])	LY052

대상이 되는 항목		수가코드
상해특정 시술치료 (화상처치) (급여)	화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를포함하는 경우]	N0011
	화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하지아니한 경우]	N0012
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-하지의1지,복부또는배부에준하는범위[10%~18%의범위]	N0053
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-양하지또는동체(복부및배부)에준하는범위[19%~36%의범위]	N0054
	화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된경우)	N0057
	화상처치-전기화상의경우(기타)	N0058
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-상,하지또는 양하지와복부또는배부에준하는범위[37~54%]	NA055
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-전신대부분의 범위[55%이상]	NA056
	화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된경우)-섬광또는화염동반	NA057
	화상처치-전기화상의경우(기타)-섬광또는화염동반	NA058
상해특정 시술치료 (도수정복술) (급여)	늑골골절비관혈적정복술	N0531
	척추골절및탈구의도수정복술	N0630
	사지골절도수정복술[골반골,대퇴골]	N0641
	사지골절도수정복술[상완골,하퇴골]	N0642
	사지골절도수정복술[전완골]	N0643
	사지골절도수정복술[수근골,족근골]	N0644
	사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골]	N0645
	관절탈구도수정복술(고관절)	N0761
	관절탈구도수정복술(어깨관절(견관절))	N0762
	관절탈구도수정복술(주관절,슬관절)	N0763
	관절탈구도수정복술(완관절,족관절,지관절)	N0764
	척추골절및탈구의도수정복술	N0765

대상이 되는 항목		수가코드
상해특정 시술치료 (기타시술) (급여)	이식형사건기록기삽입술	E6551
	박피술[종양치료에한함]-25㎠미만	N0111
	티눈제거술(전기소작,냉동응고술또는약물밀봉대)	N0143
	조갑거터술	N0215
	사지체내고정용금속제거술[대퇴골]	N0972
	사지체내고정용금속제거술[상완골,견갑골]	N0973
	사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요척골 동시,경비골 동시	N0974
	사지체내고정용금속제거술[쇄골,슬개골,수근골,족근골]	N0975
	사지체내고정용금속제거술[중수골,중족골,지골]	N0976
	사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요골과척골중하나,경골과비골중하나	N0977
	사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개하에간단히제거한경우	N0978
	사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개없이간단히제거한경우	N0979
	인공심폐순환[1회당]	01890
	부분체외순환	01901
	부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]	01902
	부분체외순환-ECMO사용	01903
	부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]-ECMO사용	01904
	요관스텐트제거술(요관경하)	R3266
	요관스텐트제거술(방광경하)	R3267
	요관스텐트제거술(경피적)[경피적신루설치술,방사선료포함]	R3268
	인공요도괄약근제거술	R3566
	두개강내신경자극기설치,교환및제거술[운동장애,뇌전증,통증치료,난치성강박장애등]-두개강내신경전극제거	S0475
	현미경하각막봉합사제거술	S5390
	척수신경자극기설치,교환및제거술-영구자극기설치술[경피적]-자극분석및재조정	SY634
	척수신경자극기설치,교환및제거술-시험적거치술[경피적]-자극분석	SY638
	투시하이물제거술	MY762

대상이 되는 항목		수가코드
상해특정 시술치료 (기타시술) (급여)	투시하물제거술(상부소화관이물제거술의경우)[유도료별도 산정]	MY763
	비내이물제거술-간단한것[비내접근]	00971
	비내이물제거술-복잡한것[전신마취하실시또는비외접근시]	00972
	후두이물제거술(성문상부)	01291
	후두이물제거술(성문,성문하부)	01292
	내시경적기관또는기관지이물제거술(연성기관지경)	01332
	개흉적기관또는기관지이물제거술	01336
	식도이물제거술(흉부접근)	Q2382
	식도이물제거술(경부접근)	Q2383
	내시경적상부소화관이물제거술-단순	Q7611
	내시경적상부소화관이물제거술-복잡	Q7612
	결장경하이물제거술	Q7670
	에스상결장경하이물제거술	Q7720
	역행성담췌관내시경수술-이물질제거술	Q7767
	안구내이물제거술-자석이용	S4891
	안구내이물제거술-기타의것	S4892
	안와내이물제거술	S4895
	결막이물제거술	S4930
	각막이물제거술-단순[filament제거포함]	S4971
	각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를하는경우]	S4972
	공막이물제거술	S4990
	외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에포함]-복잡한것	S5571
	외이도이물또는이구전색제거[간단한 것은 기본진료료에포함]-극히 복잡한것[진주종제거 포함]	S5572
	급성복막투석-도관삽입술	07061
	체외복수투석[복막천자포함]	07080
	혈액투석[1회당]	07020

별표194 고압산소치료 분류표

약관에서 규정하는 고압산소 의료행위는 "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 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
고압산소요법-1시간까지	M0586
고압산소요법-1시간~2시간	M0587
고압산소요법-2시간 초과 1일당	M0588
(상급종합병원 · 종합병원) 고압산소요법-1시간까지	M0581
(상급종합병원 · 종합병원) 고압산소요법-1시간~2시간	M0582
(상급종합병원 · 종합병원) 고압산소요법-2시간 초과 1일당	M0583

별표195 부목치료 대상 분류표

약관에서 규정하는 부목(Splint Cast)치료로 분류되는 의료행위는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
부목-장상지(상완으로부터 수부까지)	T6151
부목-단상지(전완으로부터 수부까지)	T6152
부목-장하지(대퇴로부터 족부까지)	T6153
부목-단하지(하퇴로부터 족부까지)	T6154
부목-수지부	T6155

별표196 지속적신대체요법(CRRT) 분류표

약관에서 규정하는 지속적신대체요법(CRRT)치료는 "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 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
지속적정정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07001
지속적정정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	07002
지속적동정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07003
지속적동정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	07004
지속적정정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07031
지속적정정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당]	07032
지속적동정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07033
지속적동정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당]	07034
지속적정정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07051
지속적정정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	07052
지속적동정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	07053
지속적동정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	07054

별표197 인공호흡기(12시간초과) 치료 분류표

약관에서 규정하는 인공호흡기(12시간초과) 치료는 "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 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당	M5860
인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당(신생아 중환자실에서 고빈도 진동 호흡모드 이용)	M0860

별표198 저체온요법치료 분류표

약관에서 규정하는 저체온요법치료는 "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 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
치료적저체온요법[1일당]	M5970
선택적 두부 저체온 요법	M5990
선택적 두부 저체온 요법-처치일 다음날부터 1일당	M5991

별표199 전신마취치료 분류표

약관에서 규정하는 전신마취치료는 "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
기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본[1시간기준]	L1211
	마취유지	L1221
	마취유지(상급종합병원)	L1231
마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본[1시간기준]	L1212
	마취유지	L1222
	마취유지(상급종합병원)	L1232

별표200 특정마취치료 분류표

약관에서 규정하는 특정마취치료 의료행위는 "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
정맥마취	전신마취		L0101
	부위(국소)마취		L0102
	감시하 전신마취	마취관리기본[30분기준]	L0103
마취	척추마취	마취관리기본[1시간기준]	L1213
	경막외마취	마취관리기본[1시간기준]	L1214
	상박신경총마취	마취관리기본[1시간기준]	L1215
	척추경막외마취	마취관리기본[1시간기준]	L1216

별표201 질병특정시술치료(급여) 분류표

약관에서 규정하는 "질병특정시술치료(급여)"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		수가코드
질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
	경막하천자	C8005
	후두하대조천자,경지주막하천자	C8010
	관절천자[간단한검사또는관절액이동술포함][편측]	C8020
	골수천자	C8031
	흉막천자	C8040
	복수천자,복막천자	C8050
	심낭천자	C8060
	뇌실천자	C8070
	상악동천자[간단한액검사포함][편측]	C8080
	고실천자[편측]	C8090
	고실천자[편측]-내시경하에서실시한경우	C8091
	더글라스와천자[간단한액검사포함]	C8100
	방광천자	C8120
	음낭수종천자	C8130
	기타부위천자[림프절,피부등]	C8140
	골수천자생검[편측]	C8520
	개봉선원치료-기타방법[복막천자,흉강천자,관절천자등]	HD073
	부정맥의냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자	M0652
	부정맥의냉각절제술-상심실성부정맥-중격천자	M0653
	부정맥의냉각절제술-심방세동-중격천자	M0655
	부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술,히스속절제술-중격천자	M0656
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-낭종]	M1771
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1772
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1773
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1774
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-낭종]	M1775
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1776

대상이 되는 항목		수가코드
질병특정 시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1777
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1778
	경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것]	M5830
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6540
	부정맥의고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6544
	부정맥의고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6545
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6549
	부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술, 히스속절제술)-중격천자	M6556
	경피경간담즙배액술[유도료별도산정]	M6670
	경피적배액관교환술	M6750
	낭종흡인요법[유도료별도산정]	M6850
	유주농양천자술	N0100
	근농양배농술(요장근농양)	N0841
	근농양배농술(둔근농양)	N0842
	근농양배농술(대퇴근농양)	N0843
	근농양배농술(기타근농양)	N0844
	추간판제거술-척추수핵용해술[방사선료포함]	N1495
	척추수핵흡인술[뉴크레오톰이용수핵제거등][방사선료포함]	N1496
	범발성폴립양성대절개및흡인술	O1233
	경피적확장기관절개술	O1301
	농흉세척[흉막강내주입포함]	O1502
	흉강삽관술(폐쇄식)	O1510
	종격동염배농술(비개흉식)	O1581
	타석절개술(단순적출)	Q2241
	인후농양절개술(경구강)	Q2251
	편도주위농양절개술또는흡인술	Q2320

대상이 되는 항목		수가코드
질병특정 시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	간농양(낭종)수술-개복에의한흡인또는주입술	Q7211
	역행성담췌관내시경수술-담(췌)관배액술	Q7762
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담관확장술(단순[카테터등이용확장만하는경우])	Q7771
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBD또는T-Tube이용]-담석제거술(바스켓또는풍선카테터이용, 기계적쇄석술시)	Q7773
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담석제거술(전기수압식쇄석술시	Q7774
	요도주위농양절개술	R3750
	포상기태제거술-흡인소파술에의한것	R4481
	자궁내태아흉수배액술[유도료별도산정]-흉강천자	R4536
	절개술(안면또는경부,제1범위,1㎝미만)	S0011
	절개술(안면또는경부,제1범위,1㎝이상~2㎝미만)	S0012
	절개술(안면또는경부,제1범위,2㎝이상)	S0013
	중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거	S4756
	경피적척수낭종흑은공동흡인술	S4811
	척수강내 약물주입펌프이식술-단순천자에 의한 시험적약물주입술	S4841
	유리체흡인술	S5050
	전방천자	S5080
	안검농양절개술	S5240
	맥립종절개술	S5400
	각막전부기질천자술[편측]	S5542
	골막하농양절개배액술	S5761
질병특정 시술치료(신경차단술)(급여)	지주막하신경차단술	LA210
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA222
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA223
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA224
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA225

대상이 되는 항목		수가코드
질병특정시술치료(신경차단술)(급여)	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA226
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA227
	경막외신경차단술(경막외패치술[혈액채취료포함])	LA228
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안면신경	LA232
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-설인신경	LA233
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-접구개신경절	LA234
	내시경하접구개신경절차단술	LA235
	척수신경말초지차단술-대소후두신경	LA241
	척수신경말초지차단술-상후두신경	LA242
	척수신경말초지차단술-후두신경	LA243
	척수신경말초지차단술-횡격막신경	LA244
	척수신경말초지차단술-척추부신경	LA245
	척수신경말초지차단술-견갑신경	LA247
	척수신경말초지차단술-늑간신경	LA248
	척수신경말초지차단술-장골서혜신경	LA249
	척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총	LA251
	척수신경총,신경근및신경절차단술-요천골신경총	LA253
	교감신경총및신경절차단술-간단한것	LA261
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(복강신경총)	LA264
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(하장간막신경총)	LA265
	척수신경말초지차단술-장골하복신경	LA270
	척수신경말초지차단술-음부신경	LA271
	척수신경말초지차단술-좌골신경	LA272
	척수신경말초지차단술-폐쇄신경	LA273
	척수신경말초지차단술-대퇴신경	LA274
	척수신경말초지차단술-외측대퇴피신경	LA275
	척수신경말초지차단술-상박신경총	LA276
	경막외신경차단술-일회성차단(경추및흉추)	LA321
	경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추)	LA323
	경막외신경차단술-일회성차단(미추)	LA324
	경막외신경차단술-경추간공차단(경추및흉추)	LA325
	경막외신경차단술-경추간공차단(요추및천추)	LA326

대상이 되는 항목		수가코드
질병특정시술치료(신경차단술)(급여)	경막외저장기펌프제거술	LA330
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-삼차신경절,상악신경,하악신경	LA340
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안와상,안와하,턱끝,이개측두신경	LA341
	척수신경말초지차단술-액와신경	LA346
	척수신경말초지차단술-액와하부신경	LA347
	척수신경총,신경근및신경절차단술-방척추신경	LA352
	척수신경총,신경근및신경절차단술-미골신경	LA353
	척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근	LA354
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척추후근신경절	LA355
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수회백신경교통지	LA356
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수신경후지	LA357
	척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지	LA358
	척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단	LA359
	척수신경총,신경근및신경절차단술-천장관절차단	LA360
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(흉부교감신경절)	LA361
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(요부교감신경절)	LA362
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(상하복신경총)	LA366
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(외톨이신경절)	LA367
	전척추블록(기본[1시간기준])	LY051
	전척추블록(유지[1시간초과시15분당])	LY052
질병특정시술치료(도수정복술)(급여)	늑골골절비관혈적정복술	N0531
	척추골절및탈구의도수정복술	N0630
	사지골절도수정복술[골반골,대퇴골]	N0641
	사지골절도수정복술[상완골,하퇴골]	N0642
	사지골절도수정복술[전완골]	N0643
	사지골절도수정복술[수근골,족근골]	N0644
	사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골]	N0645
	관절탈구도수정복술(고관절)	N0761
	관절탈구도수정복술(어깨관절(견관절))	N0762
	관절탈구도수정복술(주관절,슬관절)	N0763
	관절탈구도수정복술(완관절,족관절,지관절)	N0764
	척추골절및탈구의도수정복술	N0765

대상이 되는 항목		수가코드
질병특정시술치료(단순창상봉합술)(급여)	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이1.5cm미만)	S0021
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	S0022
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	S0027
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0028
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0029
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이10cm이상,5cm마다 추가)	S0030
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm미만)	S0031
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	S0032
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	S0037
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0038
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0039
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이10cm이상,5cm마다추가)	S0040
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm미만)	SB021
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SB022
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB029
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이10cm이상,10cm마다 추가)	SB030
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm미만)	SB031
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SB032
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB039
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이10cm이상,10cm마다 추가)	SB040

대상이 되는 항목		수가코드
질병특정시술치료(기타시술)(급여)	이식형사건기록기삽입술	E6551
	박피술[종양치료에한함]-25㎠미만	N0111
	티눈제거술(전기소작,냉동응고술또는약물밀봉대)	N0143
	조갑거터술	N0215
	사지체내고정용금속제거술[대퇴골]	N0972
	사지체내고정용금속제거술[상완골,견갑골]	N0973
	사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요척골 동시,경비골 동시	N0974
	사지체내고정용금속제거술[쇄골,슬개골,수근골,족근골]	N0975
	사지체내고정용금속제거술[중수골,중족골,지골]	N0976
	사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요골과척골중하나,경골과비골중하나	N0977
	사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개하에간단히제거한경우	N0978
	사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개없이간단히제거한경우	N0979
	인공심폐순환[1회당]	01890
	부분체외순환	01901
	부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]	01902
	부분체외순환-ECMO사용	01903
	부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]-ECMO사용	01904
	요관스텐트제거술(요관경하)	R3266
	요관스텐트제거술(방광경하)	R3267
	요관스텐트제거술(경피적)[경피적신루설치술,방사선료포함]	R3268
	인공요도괄약근제거술	R3566
	두개강내신경자극기설치,교환및제거술[운동장애,뇌전증,통증치료,난치성강박장애등]-두개강내신경전극제거	S0475

대상이 되는 항목		수가코드
질병특정 시술치료(기타시술)(급여)	현미경하각막봉합사제거술	S5390
	척수신경자극기설치,교환및제거술-영구자극기설치술[경피적]-자극분석및재조정	SY634
	척수신경자극기설치,교환및제거술-시험적거치술[경피적]-자극분석	SY638
	투시하이물제거술	MY762
	투시하물제거술(상부소화관이물제거술의경우)[유도료별도산정]	MY763
	비내이물제거술-간단한것[비내접근]	00971
	비내이물제거술-복잡한것[전신마취하실시또는비외접근시]	00972
	후두이물제거술(성문상부)	01291
	후두이물제거술(성문,성문하부)	01292
	내시경적기관또는기관지이물제거술(연성기관지경)	01332
	개흉적기관또는기관지이물제거술	01336
	식도이물제거술(흉부접근)	Q2382
	식도이물제거술(경부접근)	Q2383
	내시경적상부소화관이물제거술-단순	Q7611
	내시경적상부소화관이물제거술-복잡	Q7612
	결장경하이물제거술	Q7670
	에스상결장경하이물제거술	Q7720
	역행성담췌관내시경수술-이물질제거술	Q7767
	안구내이물제거술-자석이용	S4891
	안구내이물제거술-기타의것	S4892
	안와내이물제거술	S4895
	결막이물제거술	S4930
	각막이물제거술-단순[filament제거포함]	S4971
	각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를하는경우]	S4972
	공막이물제거술	S4990
	외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에포함]-복잡한것	S5571
	외이도이물또는이구전색제거[간단한 것은 기본진료료에포함]-극히 복잡한것[진주종제거 포함]	S5572
	급성복막투석-도관삽입술	07061
	체외복수투석[복막천자포함]	07080
	혈액투석[1회당]	07020

별표202 에크모치료(체외순환막형산화요법) 분류표

약관에서 규정하는 에크모치료(체외순환막형산화요법)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	수가코드
부분체외순환	01901
부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]	01902
체외순환막형산화요법-시술당일	01903
체외순환막형산화요법-익일 이후 [1일당]-10시간 초과 계속 사용	01904
부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용	01905
부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]-ILA Membrane Ventilator 사용	01906

별표203 만성특정폐질환 분류표

1 약관에서 규정하는 만성특정폐질환으로 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 만성특정폐질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
상세불명의 만성 기관지염	J42
폐기종	J43
기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
기관지확장증	J47
외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
성인호흡곤란증후군	J80
폐부종	J81
기타 간질성 폐질환	J84
달리 분류되지 않은 호흡부전	J96

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 만성특정폐질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표204 3대(간,폐,신장)질환 분류표

1 약관에서 규정하는 "3대(간,폐,신장)질환"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 "3대(간,폐,신장)질환" 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상이 되는 항목	분류번호
간질환	급성 A형간염	B15
	급성 B형간염	B16
	기타 급성 바이러스간염	B17
	만성 바이러스간염	B18
	상세불명의 바이러스간염	B19
	알코올성 간질환	K70
	독성간질환	K71
	달리 분류되지 않은 간부전	K72
	달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	간의 섬유증 및 경변증	K74
	기타 염증성 간질환	K75
	간의 기타 질환	K76
	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
	거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1+
	톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1+
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	천식	J45
	천식지속상태	J46
	기관지확장증	J47
	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

구분	대상이 되는 항목	분류번호
신장질환	급성 신부전	N17
	만성 콩팥병	N18
	상세불명의 신부전	N19

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 "3대(간,폐,신장)질환" 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표205 혈액투석치료 분류표

약관에서 규정하는 혈액투석치료는 "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
혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-쇄골하정맥,내경정맥-컷다운법	07011
혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-쇄골하정맥,내경정맥-터널식 또는 피하매몰 정맥포트법(방사선투시하)	07012
혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-쇄골하정맥,내경정맥-터널식 또는 피하매몰 정맥포트법(혈관조영술하)	07013
혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-쇄골하정맥,내경정맥-터널식 또는 피하매몰 정맥포트법(기타[방사선하에서 실시하지 않은 경우])	07014
혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-쇄골하정맥,내경정맥-기타[비 터널식 카테터 삽입](방사선투시하)	07015
혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-쇄골하정맥,내경정맥-기타[비 터널식 카테터 삽입](혈관조영술하)	07016
혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-쇄골하정맥,내경정맥-기타[비 터널식 카테터 삽입](기타[방사선하에서 실시하지 않은 경우])	07017
혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-대퇴정맥	07018
혈액투석[1회당]	07020
혈액관류[카테터 삽입술 포함][1회당]	07040

별표206 복막투석치료 분류표

약관에서 규정하는 복막투석치료는 "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
급성 복막투석-도관삽입술	07061
급성 복막투석-투석액교환[1일당]	07062
계속적복막관류술-도관삽입술(대망절제를동반한경우)	07071
계속적복막관류술-도관삽입술(기타)	07072
계속적복막관류술-관류액주입관교환	07073
계속적복막관류술-만성복막투석을 위한 도관 길들이기 [투석액교환및도관청소포함][1일당]	07074
계속적복막관류술-투석액교환 또는 도관청소[1일당](자동복막투석)	07076
계속적복막관류술-투석액교환 또는 도관청소[1일당](비자동복막투석)	07077
체외복수투석[복막천자 포함]	07080

별표207 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.
4. 출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 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.

별표208 항혈소판제 분류표

약관에서 규정하는 항혈소판제는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code) 분류 중 다음의 코드에 해당하는 약제를 말합니다.

ATC코드 명칭	ATC코드
혈소판 응집 저해제(헤파린 제외)(Platelet aggregation inhibitors excl.heparin)	B01AC
클로피도그렐(Clopidogrel)	B01AC04
티클로피딘(Ticlopidine)	B01AC05
아세틸살리실산(Acetylsalicylic acid)	B01AC06
인도부펜(Indobufen)	B01AC10
압식시맙(Abciximab)	B01AC13
티로피반(Tirofiban)	B01AC17
트리플루살(Triflusal)	B01AC18
베라프로스트(Beraprost)	B01AC19
푸라수그렐(Prasugrel)	B01AC22
실로스타졸(Cilostazol)	B01AC23
티카그렐러(Ticagrelor)	B01AC24
리마프로스트(Limaprost)	B01AC28
상기 의약품의 조합제품	B01AC30

주) 1. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 분류하의 항혈소판제에 준하여 항혈소판제를 결정합니다.

2. "B01AC"는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류상 상위 분류 코드이나, 별도의 약제를 포함하고 있습니다. 따라서, "B01AC"의 하위 코드 중 상기에 해당하지 않는 하위 코드는 보장하지 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

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>

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.>

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제2항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제3항 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 바에 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.> <신설 2015.12.30., 2017.10.17.>

⑤ 중앙행정기관의 장은 제1항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별로, 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	장기등 이식에 관한 법률
	[시행 2020. 10. 8.] [법률 제17214호, 2020. 4. 7., 일부개정]

제25조(장기이식의료기관)

① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 "이식의료기관"이라 한다)으로 지정받아야 한다.

② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설·장비·인력 등을 갖추어야 한다.

③ 이식의료기관이 아니면 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기등을 적출할 수 있다.

제47조(벌칙)

① 제18조제1항에 따른 전문의사 또는 진료담당의사가 업무상 과실로 뇌사조사서를 사실과 다르게 작성하여 뇌사자가 아닌 사람에게 뇌사판정을 하게 한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017. 10. 24.>

② 제1항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 경우에는 7년 이하의 금고 또는 7천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017. 10. 24.>

③ 제1항의 죄를 범하여 사람을 사망에 이르게 한 경우에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017. 10. 24.>

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	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.]

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.]

법규6	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, 감

독의무를 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.]

법규7	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.]

법규8	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 정확성·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 사항에 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 조사하여 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, 개인신용정

보에 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

법규9	**여객자동차 운수사업법 시행령** [시행 2021.10.8.] [대통령령 제31609호, 2021.4.6., 일부개정]

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

「여객자동차 운수사업법」(이하 "법"이라 한다) 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다. <개정 2008.11.26., 2009.11.27., 2011.12.8., 2011.12.30., 2012.11.23., 2013.3.23., 2015.1.28., 2016.1.6., 2016.1.22., 2019.2.12., 2021.4.6.>

1. 노선 여객자동차운송사업
   가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업
   라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
2. 구역 여객자동차운송사업
   가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나 회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원[「산업입지 및 개발에 관한 법률」에 따른 산업단지, 준산업단지 및 공장입지 유도지구(이하 이 조에서 "산업단지등"이라 한다) 관리기관의 경우 해당 산업단지등의 입주기업체 소속원을 포함한다]만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.
      1) 정부기관·지방자치단체와 그 출연기관·연구기관 등 공법인
      2) 회사, 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교, 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원, 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조의2제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」 제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포에 부설된 체육시설은 제외한다)
      3) 국토교통부장관 또는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별

자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)가 정하여 고시하는 산업단지등의 관리기관

나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

법규10	유아교육법 시행령 [시행 2021.7.13.] [대통령령 제31880호, 2021.7.13., 일부개정]

제12조(수업일수 등)

① 법 제12조제3항에 따라 유치원의 수업일수는 매 학년도 180일 이상을 기준으로 원장이 정한다. 다만, 원장은 다음 각 호의 구분에 따른 범위에서 수업일수를 줄일 수 있으며, 이 경우 다음 학년도가 시작되기 전까지 관할청에 보고해야 한다. <개정 2011.10.25.,2020.6.23., 2020.8.14.>

1. 천재지변의 발생, 연구학교의 운영 등 교육과정의 운영에 필요한 경우(제2호에 해당하는 경우는 제외한다): 수업일수의 10분의 1
2. 법 제31조제1항·제3항에 따른 휴업명령이나 휴원처분에 따라 휴업하거나 휴원하는 경우: 해당 휴업기간 또는 휴원기간

② 원장은 교육상 필요한 경우 보호자의 동의를 받아 교외체험학습을 허가할 수 있다. 이 경우 원장은 교외체험학습을 유치원규칙으로 정하는 범위에서 수업으로 인정할 수 있다. <신설 2020.6.23.>

[전문개정 2010.5.31.]
[제목개정 2020.6.23.]

제14조(휴업일 등)

① 법 제12조제3항에 따라 유치원의 휴업일은 원장이 매 학년도가 시작되기 전에 보호자의 요구 및 지역실정을 고려하여 정하되, 관공서의 공휴일 및 여름·겨울 휴가가 포함되어야 한다.

② 원장은 비상재해나 그 밖의 급박한 사정이 발생한 경우에는 임시휴업을 할 수 있다. 이 경우 원장은 지체 없이 관할청에 이를 보고하여야 한다.

[전문개정 2010.5.31.]

법규11	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.>

[전문개정 2011. 8. 4.]

법규12	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.]

법규13	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 보건복

지부령으로 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.>

법규14	의료법 시행규칙
	[시행 2021.12.31.] [보건복지부령 제851호, 2021.12.31., 타법개정]

[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.

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			
승용자동차	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 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이 · 너비 · 높이 모두 소형을 초과 하는 것
승합자동차	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 · 높이중 어느하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이 · 너비 · 높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	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	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	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
이륜자동차	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 0.5제곱미터 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.

법규16	자동차손해배상 보장법 시행령 [시행 2021.1.5.] [대통령령 제31380호, 2021.1.5., 타법개정]

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다. <개정 2014.2.5., 2021.1.5.>

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다. <개정 2014.2.5., 2014.12.30.>

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다. <개정 2012.8.22.>

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다. <개정 2014.12.30.>

법규17	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

법규18	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.]

법규19	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 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.]

제4조(장애인등록증 교부 등)
① 시장·군수·구청장은 제3조에 따라 진단 결과나 장애 정도에 관한 심사 결과를 통보받은 경우에는 제2조에 따른 장애 정도에 해당하는지를 확인하여 장애인으로 등록해야 한다. 이 경우 해당 장애인에 대한 장애인등록카드를 작성하고, 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 발급해야 한다. <개정 2019. 6. 4.>
② 장애인은 등록증을 잃어버리거나 그 등록증이 훼손되어 못 쓰게 되었을 때 또는 제3항에 따라 「여신전문금융업법」 제2조에 따른 신용카드나 직불카드(이하 "신용카드등"이라 한다)와 통합된 등록증으로 재발급 받으려는 경우에는 별지 제1호의4서식의 신청서에 등록증(등록증을 잃어버린 경우는 제외한다)을 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 시장·군수·구청장에게 재발급을 신청하여야 한다. <개정 2009. 12. 31., 2016. 6. 30., 2021. 6. 4.>
③ 시장·군수·구청장은 제2항에 따라 장애인이 신용카드등과 통합된 등록증의 발급을 신청하는 경우에는 이를 발급할 수 있다.
④ 장애인은 등록증의 기재사항을 변경하려면 별지 제5호서식의 신청서에 장애인등록증과 기재사항의 변경내용을 증명할 수 있는 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 시장·군수·구청장에게 신청하여야 한다. 이 경우 시장·군수·구청장이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 기재사항의 변경내용을 증명할 수 있는 서류에 대한 정보를 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류를 갈음하되, 신청인이 확인에 동의하지 않는 경우에는 그 서류를 첨부하여야 한다. <개정 2010. 9. 1.>

법규20	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)

법규21	초·중등 교육법
	[시행 2021.9.24.] [법률 제17958호, 2021.3.23., 일부개정]

제43조의2(방송통신중학교)
① 중학교 또는 고등학교에 방송통신중학교를 부설할 수 있다.
② 방송통신중학교의 설치·교육방법·수업연한, 그 밖에 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
[본조신설 2012.1.26.]

제51조(방송통신고등학교)

① 고등학교에 방송통신고등학교를 부설할 수 있다.

② 방송통신고등학교의 설치, 교육방법, 수업연한, 그 밖에 그 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[전문개정 2012.3.21.]

제52조(근로청소년을 위한 특별학급 등)

① 산업체에 근무하는 청소년이 중학교 · 고등학교 과정의 교육을 받을 수 있도록 하기 위하여 산업체에 인접한 중학교 · 고등학교에 야간수업을 주로 하는 특별학급을 둘 수 있다.

② 하나의 산업체에 근무하는 청소년 중에서 중학교 또는 고등학교 입학을 희망하는 인원이 매년 2학급 이상을 편성할 수 있을 정도가 될 것으로 예상되는 경우 그 산업체는 희망하는 청소년이 교육을 받을 수 있도록 하기 위하여 중학교 또는 고등학교(이하 "산업체 부설 중 · 고등학교"라 한다)를 설립 · 경영할 수 있다.

③ 둘 이상의 산업체에 근무하는 청소년 중에서 입학을 희망하는 인원이 매년 2학급 이상을 편성할 수 있을 정도가 될 것으로 예상되는 경우에는 제2항에도 불구하고 그 둘 이상의 산업체가 공동으로 하나의 산업체 부설 중 · 고등학교를 설립 · 경영할 수 있다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 특별학급 및 산업체 부설 중 · 고등학교의 설립 기준과 입학방법 등에 필요한 사항은 시 · 도의 조례로 정한다.

⑤ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 특별학급 또는 산업체 부설 중 · 고등학교에 다니는 청소년을 고용하는 산업체의 경영자는 시 · 도의 조례로 정하는 바에 따라 그 교육비의 일부를 부담하여야 한다.

⑥ 지방자치단체는 시 · 도의 조례로 정하는 바에 따라 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 특별학급 또는 산업체 부설 중 · 고등학교에 다니는 학생의 교육비 중 일부를 부담할 수 있다.

[전문개정 2012.3.21.]

법규22	**초 · 중등 교육법 시행령** [시행 2021.6.23.] [대통령령 제31790호, 2021.6.22., 일부개정]

제45조(수업일수)

① 법 제24조제3항에 따른 학교의 수업일수는 다음 각 호의 기준에 따라 학교의 장이 정한다. 다만, 학교의 장은 천재지변, 연구학교의 운영 또는 제105조에 따른 자율학교의 운영 등 교육과정의 운영상 필요한 경우에는 다음 각 호의 기준의 10분의 1의 범위에서 수업일수를 줄일 수 있으며, 이 경우 다음 학년도 개시 30일 전까지 관할청에 보고하여야 한다. <개정 2019. 9. 24.>

1. 초등학교 · 중학교 · 고등학교 · 고등기술학교 및 특수학교(유치부는 제외한다): 매 학년 190일 이상
2. 공민학교 및 고등공민학교: 매 학년 170일 이상

② 초등학교 · 중학교 · 고등학교 및 특수학교의 장은 제1항제1호의 기준에 따라 수업일수를 정하려면 법 제31조제1항에 따른 학교운영위원회의 심의 또는 자문을 거쳐야 한다. <개정 2019. 9. 24.> [전문개정 2011.10.25.]

제47조(휴업일 등)

① 법 제24조제3항에 따른 학교의 휴업일은 학교의 장이 매 학년도가 시작되기 전에 법 제31조제1항에 따른 학교운영위원회의 심의 또는 자문을 거쳐 정하되, 토요일, 관공서의 공휴일 및 여름 · 겨울 휴가가 포함되어야 한다. <개정 2001. 3. 2., 2019. 9. 24.>

② 학교의 장은 비상재해 기타 급박한 사정이 발생한 때에는 임시휴업을 할 수 있다. 이 경우 학교의 장은 지체없이 관할청에 이를 보고하여야 한다.

③ 제1항에도 불구하고 학교의 장은 토요일 또는 관공서의 공휴일에 체육대회 · 수학여행 등의 학교 행사를 개최할 수 있다. 이 경우 미리 학생, 학부모 및 교원의 의견을 듣고, 법 제31조제1항에 따른 학교운영위원회의 심의 또는 자문을 거쳐야 한다. <신설 2019. 9. 24.>

④ 학교의 장은 제3항에 따라 학교 행사가 개최되는 날을 제45조제1항에 따른 수업일수에 포함할 수 있으며, 그 수업일수만큼 제1항에 따른 휴업일을 별도로 정해야 한다. <신설 2019. 9. 24.>

법규23	**폭력행위 등 처벌에 관한 법률** [시행 2016.1.6.] [법률 제13718호, 2016.1.6., 일부개정]

제4조(단체등의 구성 · 활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴 · 간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속 · 유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長

期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2016.1.6.>
1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
   가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
   나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
   다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
   라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도) · 제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속 · 유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다. [전문개정 2014.12.30.]

법규24	**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.]

법규25	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.

법규26	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 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[시행일 : 2021.9.25.] 제46조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제

3항, 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

법규27	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 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
   바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
   아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자 등에게 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 건강보험급여 원리에 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 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장

관이 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.

법규28 **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

법규29 **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, 보

험기간이 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.]

1종【1형(자녀 납입면제 환급형), 2형(자녀 납입면제 기본형)】
2종【자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)】

(ㄱ)
가족일상생활중배상책임IV(누수사고 제외)【갱신계약】 ····· 1146
가족일상생활중배상책임IV【갱신계약】 ····· 1142
각막이식수술비【갱신계약】 ····· 989
각막이식수술비 ····· 989
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ····· 217
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원) ····· 217
간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 239
간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ····· 239
간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ····· 215
간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일) ····· 215
간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】 ···· 232
간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한) ····· 232
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음)【갱신계약】 ··· 659
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)(감액있음) ····· 659
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ····· 442
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원) ····· 442
간병인사용 질병입원일당II (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 559
간병인사용 질병입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ····· 559
간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음)【갱신계약】 ····· 656
간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)(감액있음) ····· 656
간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ····· 440
간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일) ····· 440
간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】 ···· 629
간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한) ····· 629
간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】 ····· 205
간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일) ····· 205
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일) ····· 237
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】 ····· 237
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 1011
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ····· 1007
간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 1010
간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ····· 1005
간호간병통합서비스 질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】 ····· 556
간호간병통합서비스 질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일) 556
간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)【갱신계약】 ····· 444
간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일) ····· 444
간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 1013
간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상) ····· 1008
갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한) ····· 371
갑상선암(초기제외)진단비(감액없음)【예약】 ····· 265
갑상선암(초기제외)진단비(감액없음) ····· 264
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 470
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 393
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】 ····· 470
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 393

결핵진단비 ····· 330
결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 518
결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 518
계약전환 ····· 1164
골·관절연골양성종양진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 466
골절수술비(1~5급, 연간1회한)Q ····· 195
골절수술비(태아가입)Q ····· 187
골절수술비 ····· 169
골절수술비Q ····· 214
골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한) ····· 192
골절진단비(치아파절포함)(연간1회한)(태아가입) ····· 194
골절진단비(치아파절포함)(연간1회한) ····· 194
골절진단비Ⅱ(치아파절제외)(태아가입)【갱신계약】 ····· 187
골절진단비Ⅱ(치아파절제외)(태아가입) ····· 187
골절진단비Ⅱ(치아파절제외)【갱신계약】 ····· 168
골절진단비Ⅱ(치아파절제외) ····· 168
교육기관생활중상해80%이상후유장해 ····· 160
교육기관생활중상해후유장해(3~79%) ····· 201
교통상해80%이상후유장해(비운전자) ····· 157
교통상해후유장해(3~79%)(비운전자) ····· 198
급성심근경색증진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 275
급성심근경색증진단비(감액없음)【예약】 ····· 276
급성심근경색증진단비(감액없음) ····· 275
기타피부암, 갑상선암 치료비지원 ····· 654
기흉진단비(태아가입) ····· 996
기흉진단비 ····· 996
깁스치료비【갱신계약】 ····· 988
깁스치료비 ····· 988

(ㄴ)

내향성손발톱치료비(소독, 도포및붕대치료제외)(연간1회한)(감액없음) ····· 341
뇌 정위적 방사선술 보장(급여, 연간1회한)(감액없음) ····· 451
뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한) ····· 447
뇌성마비진단비 ····· 424
뇌졸중진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 273
뇌졸중진단비(감액없음)【예약】 ····· 274
뇌졸중진단비(감액없음) ····· 273
뇌졸중진단비(태아가입)【갱신계약】 ····· 333
뇌졸중진단비(태아가입) ····· 333
뇌출혈진단비(감액없음) ····· 275
뇌출혈진단비(태아가입) ····· 334
뇌하수체기능저하진단비 ····· 357
뇌혈관질환수술비(30%체증형)(감액없음) ····· 568
뇌혈관질환수술비【갱신계약】 ····· 302
뇌혈관질환수술비 ····· 302
뇌혈관질환진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 309
뇌혈관질환진단비(감액없음) ····· 309
뇌혈관질환진단비(태아가입)【갱신계약】 ····· 335
뇌혈관질환진단비(태아가입) ····· 335
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도) ····· 542
뇌혈관질환통원일당(연간30일한도) ····· 539
뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도) ····· 540
누적외상성질환(VDT증후군)입원일당(1일이상) ····· 308

(ㄷ)

다발성소아암진단비(감액없음) ····· 263
다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 457
다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 454
다빈치로봇 암수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 454
다운증후군출산보장 ····· 1120
단계별 만성간질환진단비【갱신계약】 ····· 862
단계별 만성간질환진단비 ····· 862
단계별 만성신부전증진단비【갱신계약】 ····· 856
단계별 만성신부전증진단비 ····· 856
단계별 만성특정폐질환진단비【갱신계약】 ····· 865

단계별 만성특정폐질환진단비 ····· 865
당뇨병수술비 ····· 281
대리청구인 지정 서비스 ····· 1165
대중교통이용중교통상해80%이상후유장해 ····· 158
대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%) ····· 200
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(10일면책)【갱신계약】 ····· 430
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 431
독감(인플루엔자)응급실내원비(응급)(10일면책) ····· 1014

(ㅁ)
마음건강(성장기자폐증진단비) ····· 1032
마음건강(성장기특정정신질환진단비(연간1회한)) ····· 1030
마음건강(심한정신장애진단비) ····· 1030
마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)) ····· 1033
마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)【예약】) ····· 1035
마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)) ····· 1037
마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)【예약】) ····· 1039
마음건강(정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방)) ····· 1041
마음건강(정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방)【예약】) ····· 1043
마음성장(ADHD(활동성 및 주의력 장애)진단비【예약】) ····· 1020
마음성장(성장기언어및행동발달특정장애진단비【예약】) ····· 1023
마음성장(신경성식욕부진·폭식증진단비【예약】) ····· 1020
마음성장(중증틱장애진단비) ····· 1021
마음성장(중증틱장애진단비【예약】) ····· 1022
만성당뇨합병증진단비(감액없음) ····· 300
말기신부전증진단비 ····· 278
말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형)【예약】 ····· 386
말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형) ····· 384
모성사망 ····· 1102
모야모야병개두수술비 ····· 303

(ㅂ)
배상책임 관련 일반조항 ····· 1136
보장특약 자동갱신(추가납입형) ····· 1159
보험료 자동납입 ····· 1158
보험료납입지원(유사암진단) ····· 475
부양자 관련 일반조항 ····· 1100
부양자사망자녀교육지원금Ⅰ(질병사망) ····· 1107
부양자사망자녀교육지원금Ⅱ(상해사망) ····· 1108
부양자상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 1113
부양자상해사망생활지원금(20년매년지급형) ····· 1106
부양자질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 1112
부양자질병사망생활지원금(20년매년지급형) ····· 1106
부양자추가 ····· 1154
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅰ(질병80%이상후유장해) ····· 1115
부양자후유장해자녀교육지원금Ⅱ(상해80%이상후유장해) ····· 1116
부정교합치료비【갱신계약, 예약】 ····· 1084
부정맥질환(I49)진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 477
부정맥질환(I49)진단비(감액없음) ····· 477
불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약, 예약】 ····· 1087
불소도포치료비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 1085
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 580
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 576
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】 ····· 580
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 576
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ (종합병원, 연간1회한) ····· 694
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한) ····· 547
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 801
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음) ····· 801

비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (종합병원)(감액없음) ····· 734
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 734
비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음)【갱신계약】 ····· 972
비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음) ····· 972
비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 922
비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 922
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 805
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음) ····· 805
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 739
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (종합병원)(감액없음) ····· 739
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비Ⅱ (진단후 10년, 연간1회한) ····· 551
비용손해 관련 일반조항 ····· 1058

(ㅅ)
사시수술비 ····· 476
상급종합병원 간병인사용 상해입원일당Ⅱ(1-180일) ····· 185
상급종합병원 간병인사용 질병입원일당Ⅱ(1-180일) ····· 661
상급종합병원 상해입원일당(1일이상) ····· 166
상급종합병원 상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도) ····· 225
상급종합병원 질병입원일당(1일이상)Q ····· 345
상급종합병원 질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상60일한도)Q ····· 563
상급종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도) ····· 207
상급종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)Q ····· 633
상해 관련 일반조항 ····· 156
상해 및 질병 관련 일반조항 ····· 988
상해1~5종수술비(매회지급)【갱신계약】 ····· 182
상해1~5종수술비(매회지급) ····· 182
상해1~5종수술비(상급종합병원, 매회지급) ····· 212
상해사고부상보장Ⅰ ····· 191
상해수술비(상급종합병원)【갱신계약】 ····· 210
상해수술비(상급종합병원) ····· 210
상해수술비(종합병원)【갱신계약】 ····· 208
상해수술비(종합병원) ····· 208
상해수술비Q【갱신계약】 ····· 174
상해수술비Q ····· 174
상해입원일당(1일이상 10일한도) ····· 165
상해입원일당(1일이상 20일한도) ····· 165
상해입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】 ····· 164
상해입원일당(1일이상)Ⅱ ····· 164
상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도) ····· 236
상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도) ····· 235
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) ····· 228
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한) ····· 230
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한) ····· 231
상해중환자실입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】 ····· 178
상해중환자실입원일당(1일이상)Ⅱ ····· 178
상해통합치료비Plus【갱신계약】 ····· 242
상해통합치료비Plus ····· 242
상해흉터복원수술비 ····· 184
상해흉터복원수술비Ⅱ(안면부) ····· 179
선지급서비스 ····· 1155
선천이상수술비(혀유착제외) ····· 1093
선천이상수술비Ⅱ ····· 1092
선천이상입원일당(1일이상) ····· 1095
소아·청소년 특정성인병진단비【예약】 ····· 348
소아백혈병진단비 ····· 290
소아탈장수술비 ····· 304

수두진단비(태아가입) ····· 425
수두진단비 ····· 432
스쿨존내어린이교통사고보장 ····· 173
스포츠활동중상해80%이상후유장해 ····· 161
스포츠활동중상해후유장해(3~79%) ····· 202
시청각질환수술비 ····· 282
식중독입원일당(4일이상) ····· 279
신생아보장(저체중아육아비용, 신생아입원일당) ····· 1091
신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약, 예약】 ····· 404
신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약】 ····· 396
신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함) ····· 416
신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함)【갱신계약】 ····· 416
신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함)【갱신계약】 ····· 366
신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함) ····· 366
신체건강(2대안과특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1053
신체건강(난청(노년난청제외)진단비) ····· 1045
신체건강(돌발성난청 및 특정귀어지럼증 진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1054
신체건강(스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)수술비) ····· 1049
신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)) ····· 1045
신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】) ····· 1046
신체건강(시력교정비【갱신계약, 예약】) ····· 1050
신체건강(시력치료비【갱신계약, 예약】) ····· 1051
신체건강(안구특정상해진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1052
신체건강(영유아시력교정안경치료비(연간1회한)【갱신계약】) ····· 1052
신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)) ····· 1047
신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)【예약】) ····· 1048
신체성장(베일리영유아발달검사지원비(급여, 연간1회한)) ····· 1027
신체성장(성조숙증Ⅱ약제치료비(급여, 연간1회한)) ····· 1025
신체성장(성조숙증Ⅱ약제치료비(급여, 연간1회한)【예약】) ····· 1026
신체성장(성조숙증진단비) ····· 1024
신체성장(성조숙증진단비【예약】) ····· 1024
신체성장(소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)【갱신계약, 예약】) ····· 1028
신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음)【갱신계약】 ····· 757
신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음) ····· 757
신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 762
신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) ····· 762
신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음)【갱신계약】 ····· 698
신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음) ····· 698
신특정순환계질환 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 702
신특정순환계질환 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 702
신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 648
신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 648
신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 644
신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음) ····· 644
신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음)【갱신계약】 ····· 867
신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음) ····· 867
신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음)【갱신계약】 ····· 877
신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음) ····· 877
신특정순환계질환진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 510
신특정순환계질환진단비(감액없음) ····· 510
신특정순환계질환후유장해(3~100%) ····· 653
심부 바늘생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한) ····· 514
심장부정맥 고주파·냉각절제술 보장(급여, 연간1회한)(감액없음) ····· 450
심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 437
심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음) ····· 437

심장질환(특정Ⅱ)진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 438
심장질환(특정Ⅱ)진단비(감액없음) ····· 438
심장질환수술비【갱신계약】 ····· 439
심장질환수술비 ····· 439
심한상해수술비 ····· 181
십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음) ····· 299

(ㅇ)
아나필락시스진단비(연간1회한) ····· 220
아나필락시스진단비(응급의료, 연간1회한) ····· 218
아토피진단비 ····· 428
암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비 (진단후, 각 연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 679
암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비 (진단후, 각 연간1회한)(감액없음) ··· 679
암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 676
암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음) ····· 676
암 치료비지원(기타피부암, 갑상선암 제외) ····· 606
암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 934
암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음) ····· 934
암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 954
암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음) ····· 954
암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 887
암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음) ····· 887
암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 905
암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음) ····· 905
암(기타피부암 및 갑상선암 포함)후유장해(3~100%) ····· 651
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 818
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) 818
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 748
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) ····· 748
암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ (종합병원, 각 연간1회한)【갱신계약】 ··· 707
암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ(종합병원, 각 연간1회한) ····· 707
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음) ····· 792
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 784
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 784
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 775
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 775
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음) ····· 725
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 716
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 716
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 681
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 681
암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 849
암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 849
암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 597

암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 597
암수술비(유사암제외)(30%체증형) ····· 565
암수술비(유사암제외)(최초1회한)【갱신계약】 ····· 269
암수술비(유사암제외)(최초1회한) ····· 269
암수술비(유사암제외)【갱신계약】 ····· 481
암수술비(유사암제외) ····· 481
암요양병원입원일당(1일이상60일한도)【갱신계약】 ····· 352
암요양병원입원일당(1일이상60일한도) ····· 352
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)【갱신계약】 ····· 354
암요양병원입원일당(1일이상90일한도) ····· 354
암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】 ····· 267
암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ····· 267
암직접치료통원일당(상급종합병원) ····· 377
암직접치료통원일당(종합병원) ····· 536
암직접치료통원일당 ····· 374
암진단비(유사암제외)(감액없음)【갱신계약】 ····· 258
암진단비(유사암제외)(감액없음)【예약】 ····· 259
암진단비(유사암제외)(감액없음) ····· 258
암특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한) ····· 382
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한) ····· 379
약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비【예약】 ····· 329
약제내성결핵(슈퍼결핵)진단비 ····· 329
양성뇌종양진단비【갱신계약】 ····· 277
양성뇌종양진단비 ····· 277
양수과다증진단비 ····· 1117
양수과소증진단비 ····· 1118
양수색전증진단비 ····· 1119
어린이개흉심장수술비 ····· 288
어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약, 예약】 ····· 1074
어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약】 ····· 1072
어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】 ····· 1067
어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】 ····· 1064
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약, 예약】 ····· 1081
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】 ····· 1076
어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약, 예약】 ····· 1070
어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】 ····· 1068
어린이특정질병입원일당(1일이상) ····· 342
여성산과관련 자궁적출수술비 ····· 1109
외모특정상해(머리, 목)수술비 ····· 197
외부요인폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 774
외부요인폐질환진단비(연간1회한) ····· 774
외부요인폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】 ····· 772
외부요인폐질환진단비(최초1회한) ····· 772
외상성특정뇌출혈진단비 ····· 188
외상성특정장기손상진단비 ····· 189
원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도) ····· 1059
원형탈모증진단비 ····· 302
유괴납치피해보장 ····· 204
유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) ····· 822
유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 822
유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음)【갱신계약】 752
유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) ····· 752
유사암 주요치료비Ⅱ(종합병원, 각 연간1회한)【갱신계약】 ····· 712
유사암 주요치료비Ⅱ(종합병원, 각 연간1회한) ····· 712
유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음) ····· 797
유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 788
유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 788

유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 780
유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 780
유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 일부지급형)(감액없음) ····· 729
유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 721
유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 721
유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음)【갱신계약】 ····· 686
유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 686
유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 853
유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 853
유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 601
유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 601
유사암수술비【갱신계약】 ····· 483
유사암수술비 ····· 483
유사암진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 261
유사암진단비(감액없음)【예약】 ····· 262
유사암진단비(감액없음) ····· 261
유산수술비 ····· 1103
유산입원일당 ····· 1104
응급실내원비(1급, 2급) ····· 994
응급실내원비(응급) ····· 993
의료사고법률비용 ····· 1058
의무부가 관련 일반조항 ····· 144
이륜자동차 운전중 상해 부담보 ····· 1154
일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 346
일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 180
일반상해80%이상후유장해 ····· 176
일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 156
일반상해사망 추가 ····· 176
일반상해사망【갱신계약】 ····· 176
일반상해사망 ····· 140
일반상해후유장해(20~100%) ····· 139
일반상해후유장해(3~100%) ····· 138
임신중독증(자간포함)진단비 ····· 1105
임신출산질환수술비 ····· 1100
임신출산질환실손입원의료비(통상분만입원일수 제외) ····· 1120
임신출산질환입원일당 ····· 1101

(ㅈ)

자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한)【예약】 ····· 516
자궁 생검 조직병리진단비(급여, 연간1회한) ····· 515
자녀보험료납입면제대상보장(11대) ····· 144
자녀보험료납입면제대상보장(12대) ····· 149
자전거탑승중상해80%이상후유장해 ····· 163
자전거탑승중상해후유장해(3~79%) ····· 203
장애인전용보험전환 ····· 1161
재진단암진단비【갱신계약】 ····· 312
재진단암진단비 ····· 312
전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)【예약】 ····· 373
전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한) ····· 372
전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 484
전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음) ····· 484
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 814
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 814
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음)【갱신계약】 ····· 690
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 690
전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 626

전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 622
전이암Ⅱ수술비【갱신계약】 ····· 607
전이암Ⅱ수술비 ····· 607
전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도)【갱신계약】 ····· 611
전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도) ····· 611
전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)【갱신계약】 · 609
전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ····· 609
전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 619
전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 616
전이암Ⅱ항암방사선치료비【갱신계약】 ····· 613
전이암Ⅱ항암방사선치료비 ····· 613
전이암Ⅱ항암약물치료비【갱신계약】 ····· 614
전이암Ⅱ항암약물치료비 ····· 614
전이암진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 484
전이암진단비(감액없음) ····· 484
전자서명 ····· 1161
조혈모세포이식수술비 ····· 285
종합병원 상해입원일당(1일이상) ····· 177
종합병원 상해입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도) ····· 224
종합병원 질병입원일당(1일이상)Q ····· 295
종합병원 질병입원일당(상급병실(1인실), 1일이상30일한도)Q ····· 562
종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도) ····· 211
종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)Q ····· 632
주요폐질환진단비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 771
주요폐질환진단비(연간1회한) ····· 771
주요폐질환진단비(최초1회한)【갱신계약】 ····· 770
주요폐질환진단비(최초1회한) ····· 770
중대한가와사키·류마티스열진단비 ····· 287
중대한재생불량성빈혈진단비 ····· 286
중대한특정상해수술비 ····· 189
중대한화상및부식진단비 ····· 173
중등도이상아토피진단비 ····· 427
중이·호흡계·흉곽내기관양성종양진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 466
중증갑상선암진단비(감액없음)【예약】 ····· 479
중증갑상선암진단비(감액없음) ····· 478
중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 999
중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 999
중증세균성수막염진단비 ····· 289
중증아토피진단비 ····· 347
중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 220
중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 220
중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 519
중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음) ····· 519
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 1001
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 1001
중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 1003
중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 1003
중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 525
중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 525
중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 528
중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음) ····· 528
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 522
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 522
중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 222
중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 222
질병 관련 일반조항 ····· 258

질병1~5종수술비II(매회지급)【갱신계약】 ····· 297
질병1~5종수술비II(매회지급) ····· 297
질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급)【갱신계약】 ····· 639
질병1~5종수술비II(상급종합병원, 매회지급) ····· 639
질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 311
질병80%이상후유장해 ····· 307
질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 291
질병사망【갱신계약】 ····· 298
질병사망 ····· 298
질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)(매회지급)【갱신계약】 452
질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)(매회지급) ····· 452
질병수술비(백내장제외)【갱신계약】 ····· 293
질병수술비(백내장제외) ····· 293
질병수술비(백내장제외)Q【갱신계약】 ····· 414
질병수술비(백내장제외)Q ····· 414
질병수술비(상급종합병원)【갱신계약】 ····· 637
질병수술비(상급종합병원) ····· 637
질병수술비(종합병원)【갱신계약】 ····· 635
질병수술비(종합병원) ····· 635
질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급)【갱신계약】 ····· 501
질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급) ····· 501
질병수술비【갱신계약】 ····· 292
질병수술비 ····· 292
질병수술비Q【갱신계약】 ····· 412
질병수술비Q ····· 412
질병수술입원일당(20일한도) ····· 319
질병수술입원일당(20일한도)Q ····· 421
질병악안면수술비(급여, 연간1회한)【예약】 ····· 490
질병악안면수술비(급여, 연간1회한) ····· 488
질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한)【예약】 ····· 325
질병으로인한 3대시각질환수술비(1회한) ····· 324
질병으로인한 3대시각질환수술비【예약】 ····· 323
질병으로인한 3대시각질환수술비 ····· 322
질병입원일당(1일이상 10일한도)Q ····· 349
질병입원일당(1일이상 20일한도)Q ····· 350
질병입원일당(1일이상)Q【갱신계약】 ····· 284
질병입원일당(1일이상)Q ····· 284
질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)Q ····· 555
질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)Q ····· 553
질병재활치료비II(급여, 1일1회한, 연간15회한) ····· 570
질병재활치료비II(급여, 1일1회한, 연간30회한) ····· 572
질병재활치료비II(급여, 1일1회한, 연간60회한) ····· 573
질병중환자실입원일당(1일이상)Q【갱신계약】 ····· 301
질병중환자실입원일당(1일이상)Q ····· 301
질병통합치료비(고급형)【갱신계약】 ····· 842
질병통합치료비(고급형) ····· 842
질병통합치료비(기본형)【갱신계약】 ····· 834
질병통합치료비(기본형) ····· 834
질병통합치료비(실속형)【갱신계약】 ····· 827
질병통합치료비(실속형) ····· 827
질병후유장해(3~100%)【갱신계약】 ····· 348
질병후유장해(3~100%) ····· 348

(ㅊ)
창상봉합술 치료비(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ····· 227
창상봉합술 치료비(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ····· 226
척추측만증수술비 ····· 332
척추측만증진단비(Cobb's 각도 20도 이상) ····· 474
천식지속상태(급성중증천식)진단비 ····· 425
추간판장애 및 관절증(엉덩, 무릎)(이차성및상세불명제외)수술비 ····· 992
출산전선별검사이상소견진단비 ····· 1133
출생위험보장(저체중아 출생, 장해 출생, 심한장해 출생) ····· 1090
출생전 자녀가입 ····· 1152
충수염(맹장염)수술비【갱신계약】 ····· 278
충수염(맹장염)수술비 ····· 278
치아 관련 일반조항 ····· 1064

(ㅋ)
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 497
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 493
탈구염좌및과긴장입원일당(4일이상) ····· 167

(ㅌ)
태반조기박리진단비 ····· 1111
태아 관련 일반조항 ····· 1090
통합 뇌질병진단비(감액없음) ····· 532
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(감액없음) ····· 583
통합암진단비Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)(감액없음) ····· 587
통합전이암진단비(감액없음) ····· 592
특별조건부(표준하체 인수) ····· 1163
특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 ····· 1156
특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) 641
특정갑상선기능저하증진단비 ····· 307
특정뇌동맥질환 혈관색전술 보장(급여, 연간1회한)(감액없음) ····· 448
특정바이러스질환진단비(감액없음) ····· 318
특정법정감염병진단비 ····· 280
특정변형두상진단비 ····· 1097
특정선천이상수술비 ····· 1094
특정선천이상진단비 ····· 1096
특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약, 예약】 ····· 462
특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약】 ····· 460
특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 486
특정암Ⅱ진단비(감액없음) ····· 486
특정임신중당뇨병진단비 ····· 1111
특정희귀난치성질환수술비 ····· 327
특정희귀난치성질환입원일당(1일이상) ····· 328
팔및손가락후유장해 ····· 162

(ㅍ)
패혈증진단비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 769
패혈증진단비(연간1회한) ····· 769
패혈증진단비(최초1회한)【갱신계약】 ····· 769
패혈증진단비(최초1회한) ····· 769
폐렴진단비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 768
폐렴진단비(연간1회한) ····· 768
폐렴진단비(최초1회한)【갱신계약】 ····· 766
폐렴진단비(최초1회한) ····· 766
폭력피해보장 ····· 172
표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 433
표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 433
표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 433
표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음) ····· 433
표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음) ····· 435
표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 435
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약, 예약】 ····· 467
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 389
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【예약】 ····· 467
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 389

(ㅎ)
항암방사선약물치료비(감액없음)【갱신계약】 ····· 574
항암방사선약물치료비(감액없음) ····· 574
항암방사선치료비(감액없음)【갱신계약】 ····· 336
항암방사선치료비(감액없음) ····· 336
항암방사선치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외) ····· 642
항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암)(감액없음) ····· 533
항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암)(감액없음) ····· 535

항암약물치료비(감액없음)【갱신계약】 ····· 338
항암약물치료비(감액없음) ····· 338
항암약물치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외) ····· 508
항암중입자방사선치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 604
허혈성심장질환수술비(30%체증형)(감액없음) ····· 569
허혈성심장질환수술비【갱신계약】 ····· 331
허혈성심장질환수술비 ····· 331
허혈성심장질환진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 310
허혈성심장질환진단비(감액없음) ····· 310
허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도) ····· 546
허혈성심장질환통원일당(연간30일한도) ····· 543
허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도) ····· 544
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(감액없음)【예약】 ····· 507
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(감액없음) ····· 506
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(감액없음)【예약】 ····· 504
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(감액없음) ····· 503
호흡기관련질병수술비 ····· 283
화상수술비Q ····· 171
화상진단비【갱신계약】 ····· 171
화상진단비 ····· 171
후각특정질환수술비 ····· 340
희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 997
희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 997

(기타)

10대고액치료비암진단비(감액없음) ····· 271
116대질병수술비(감액없음) ····· 357
116대질병수술비Ⅰ(감액없음)【갱신계약】 ····· 357
116대질병수술비Ⅰ(감액없음) ····· 357
116대질병수술비Ⅱ(감액없음)【갱신계약】 ····· 359
116대질병수술비Ⅱ(감액없음) ····· 359
116대질병수술비Ⅲ(감액없음)【갱신계약】 ····· 360
116대질병수술비Ⅲ(감액없음) ····· 360
116대질병수술비Ⅳ(감액없음)【갱신계약】 ····· 362
116대질병수술비Ⅳ(감액없음) ····· 362
116대질병수술비Ⅴ(감액없음)【갱신계약】 ····· 364
116대질병수술비Ⅴ(감액없음) ····· 364
116대질병수술비Ⅵ(감액없음)【갱신계약】 ····· 365
116대질병수술비Ⅵ(감액없음) ····· 365
11대특정감염병진단비(수족구포함)(연간1회한)(태아가입) ····· 429
11대특정감염병진단비(수족구포함)(연간1회한, 10일면책) ····· 428
12대소화계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 426
2대중추신경계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 465
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】 ····· 663
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음) ····· 663
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】 ··· 511
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한) ····· 511
2대질병(뇌, 심장) 치료비지원 ····· 655
2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(감액없음)【갱신계약】 ····· 667
2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(감액없음) ····· 667
2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음)【갱신계약】 672
2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 672
3대(간,폐,신장)질환 주요치료비【갱신계약】 ····· 858
3대(간,폐,신장)질환 주요치료비 ····· 858
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비【갱신계약】 ····· 1016
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비 ····· 1016
4대Care 관련 일반조항 ····· 1020
4대기관특정질환입원일당(1일이상) ····· 343
4대기관특정질환입원일당(선천질환포함)(1일이상) ····· 344
4대장애진단비(태아가입) ····· 991
4대장애진단비 ····· 990
5대골절수술비Q ····· 170
5대골절진단비【갱신계약】 ····· 168
5대골절진단비 ····· 168

5대기관질병수술비(최초1회한)(감액없음) ····· 305
5대장기이식수술비 ····· 988
6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한) ····· 388

3종【1형(계약전환용 자녀 납입면제 환급형), 2형(계약전환용 자녀 납입면제 기본형), 3형(계약전환용 자녀 납입면제 표준형 해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후))】

가족일상생활중배상책임IV(누수사고 제외)【갱신계약】 ····· 1146
가족일상생활중배상책임IV【갱신계약】 ····· 1142
각막이식수술비 ····· 989
간병인사용 상해입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ····· 217
간병인사용 상해입원일당II(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 239
간병인사용 상해입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ····· 215
간병인사용 상해입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】 ···· 232
간병인사용 질병입원일당(1일이상)(요양병원)【갱신계약】 ····· 433
간병인사용 질병입원일당II (요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 559
간병인사용 질병입원일당II(요양병원 제외, 1-180일)【갱신계약】 ····· 431
간병인사용 질병입원지원금(요양병원 제외, 연간1회한)【갱신계약】 ···· 629
간호간병통합서비스 상해입원일당(1-180일)【갱신계약】 ····· 205
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】 ····· 237
간호간병통합서비스 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 1011
간호간병통합서비스 상해질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 1010
간호간병통합서비스 질병입원일당 (요양/정신/한방병원제외, 1-365일)【갱신계약】 ····· 556
간호간병통합서비스 질병입원일당(1-180일)【갱신계약】 ····· 435
간호간병통합서비스 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 181일이상)【갱신계약】 ····· 1013
갑상선암(초기제외)진단비(감액없음) ····· 264
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 393
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 393

결핵진단비 ····· 330
결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 518
결핵질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 518
계약전환 ····· 1164
골·관절연골양성종양진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 466
골절수술비(1~5급, 연간1회한)Q ····· 195
골절수술비 ····· 169
골절수술비Q ····· 214
골절진단비(치아파절제외)(1~5급, 연간1회한) ····· 192
골절진단비(치아파절포함)(연간1회한) ····· 194
골절진단비Ⅱ(치아파절제외) ····· 168
교통상해80%이상후유장해(비운전자) ····· 157
교통상해후유장해(3~79%)(비운전자) ····· 198
급성심근경색증진단비(감액없음) ····· 275
기타피부암, 갑상선암 치료비지원 ····· 654
깁스치료비 ····· 988

(ㄴ)
내향성손발톱치료비(소독, 도포및붕대치료제외)(연간1회한)(감액없음) ····· 341
뇌·심특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간90회한) ····· 447
뇌졸중진단비(감액없음) ····· 273
뇌출혈진단비(감액없음) ····· 275
뇌혈관질환수술비 ····· 302
뇌혈관질환진단비(감액없음) ····· 309
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도) ····· 542
뇌혈관질환통원일당(연간30일한도) ····· 539
뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30일한도) ····· 540
누적외상성질환(VDT증후군)입원일당(1일이상) ····· 308

(ㄷ)
다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 457
다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 454
다빈치로봇 암수술비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 454
단계별 만성간질환진단비 ····· 862
단계별 만성신부전증진단비 ····· 856
단계별 만성특정폐질환진단비 ····· 865
당뇨병수술비 ····· 281

(ㄷ)
대리청구인 지정 서비스 ····· 1165
대중교통이용중교통상해80%이상후유장해 ····· 158
대중교통이용중교통상해후유장해(3~79%) ····· 200
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)【갱신계약】 ····· 431
마음건강(심한정신장애진단비) ····· 1030
마음건강(정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방)) ····· 1033
마음건강(정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방)) ····· 1037
마음건강(정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방)) ····· 1041
만성당뇨합병증진단비(감액없음) ····· 300
말기신부전증진단비 ····· 278
말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형) ····· 384

(ㅂ)
배상책임 관련 일반조항 ····· 1136
보장특약 자동갱신(추가납입형) ····· 1159
보험료 자동납입 ····· 1158
보험료납입지원(유사암진단) ····· 475
부양자추가 ····· 1154
부정맥질환(I49)진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 477
부정맥질환(I49)진단비(감액없음) ····· 477
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 576
비급여 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 576
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ (종합병원, 연간1회한) ····· 694

비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한) ····· 547
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음) ····· 801
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비Plus (종합병원)(감액없음) ····· 734
비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(감액없음) ····· 972
비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 922
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (상급종합병원)(감액없음) ····· 805
비급여(전액본인부담 포함) 암 특정주요치료비Plus (종합병원)(감액없음) ····· 739
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비Ⅱ (진단후 10년, 연간1회한) ····· 551
비용손해 관련 일반조항 ····· 1058

(ㅅ)
상급종합병원 상해입원일당(1일이상) ····· 166
상급종합병원 질병입원일당(1일이상)Q ····· 345
상급종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도) ····· 207
상급종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상60일한도)Q ····· 633
상해 관련 일반조항 ····· 156
상해 및 질병 관련 일반조항 ····· 988
상해1~5종수술비(매회지급) ····· 182
상해사고부상보장Ⅰ ····· 191
상해수술비(상급종합병원) ····· 210
상해수술비(종합병원) ····· 208
상해수술비Q ····· 174
상해입원일당(1일이상 10일한도) ····· 165
상해입원일당(1일이상 20일한도) ····· 165
상해입원일당(1일이상)Ⅱ ····· 164
상해입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도) ····· 236
상해입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도) ····· 235
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) ····· 228
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한) ····· 230
상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한) ····· 231
상해중환자실입원일당(1일이상)Ⅱ ····· 178
상해통합치료비Plus ····· 242
상해흉터복원수술비 ····· 184
상해흉터복원수술비Ⅱ(안면부) ····· 179
선지급서비스 ····· 1155
스포츠활동중상해80%이상후유장해 ····· 161
스포츠활동중상해후유장해(3~79%) ····· 202
시청각질환수술비 ····· 282
식중독입원일당(4일이상) ····· 279
신재진단암Ⅱ 표적항암약물허가치료비【갱신계약】 ····· 396
신재진단암진단비Ⅱ(5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함) ····· 416
신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암 포함) ····· 366
신체건강(2대안과특정질환진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1053
신체건강(난청(노년난청제외)진단비) ····· 1045
신체건강(돌발성난청 및 특정귀어지럼증 진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1054
신체건강(시각기능검사지원비(급여, 연간1회한)) ····· 1045
신체건강(안구특정상해진단비(최초1회한)(감액없음)) ····· 1052
신체건강(청각 및 평형기능검사지원비(급여, 연간1회한)) ····· 1047
신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(감액없음) ····· 757
신특정순환계질환 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) ····· 762
신특정순환계질환 주요치료비Plus(감액없음) ····· 698
신특정순환계질환 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 702
신특정순환계질환 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 648
신특정순환계질환 주요치료생활비(연간 최초1회한)(감액없음) ····· 644
신특정순환계질환 통합치료비Plus(감액없음) ····· 867

신특정순환계질환 통합치료비Plus(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)(감액없음) ····· 877
신특정순환계질환진단비(감액없음) ····· 510
신특정순환계질환후유장해(3~100%) ····· 653
심장질환(특정Ⅰ)진단비(감액없음) ····· 437
심장질환(특정Ⅱ)진단비(감액없음) ····· 438
심장질환수술비 ····· 430
심한상해수술비 ····· 181
십자인대수술비(급여, 연간1회한)(감액없음) ····· 299

(ㅇ)
아나필락시스진단비(연간1회한) ····· 220
아나필락시스진단비(응급의료, 연간1회한) ····· 218
암 MRI,PET,CT,초음파검사지원비 (진단후, 각 연간1회한)(감액없음) ··· 679
암 종합검사지원비(급여, 각 연간1회한)(감액없음) ····· 676
암 치료비지원(기타피부암, 갑상선암 제외) ····· 606
암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(고급형)(감액없음) ····· 934
암 통합치료비Plus(암중점치료기관(상급종합병원 포함))(기본형)(감액없음) ····· 954
암 통합치료비Plus(종합병원)(고급형)(감액없음) ····· 887
암 통합치료비Plus(종합병원)(기본형)(감액없음) ····· 905
암(기타피부암 및 갑상선암 포함)후유장해(3~100%) ····· 651
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) 818
암(유사암제외) 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) ····· 748
암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ(종합병원, 각 연간1회한) ····· 707
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 784
암(유사암제외) 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 775
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 716
암(유사암제외) 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 681
암(유사암제외) 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 849
암(유사암제외) 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 597
암수술비(유사암제외)(최초1회한) ····· 269
암수술비(유사암제외) ····· 481
암요양병원입원일당(1일이상60일한도) ····· 352
암요양병원입원일당(1일이상90일한도) ····· 354
암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ····· 267
암직접치료통원일당(상급종합병원) ····· 377
암직접치료통원일당(종합병원) ····· 536
암직접치료통원일당 ····· 374
암진단비(유사암제외)(감액없음) ····· 258
암특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한) ····· 382
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한) ····· 379
양성뇌종양진단비 ····· 277
어린이치아관리치료비(치아촬영, 치주질환치료, 치석제거)【갱신계약】 ····· 1072
어린이치아보존치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】 ····· 1064
어린이치아치료비(영구치보철, 영구치상실, 특정임플란트치조골이식, 발치치료비)【갱신계약】 ····· 1076
어린이치아치수치료비(유치 및 영구치)【갱신계약】 ····· 1068
어린이특정질병입원일당(1일이상) ····· 342
외모특정상해(머리, 목)수술비 ····· 197
외부요인폐질환진단비(연간1회한) ····· 774
외부요인폐질환진단비(최초1회한) ····· 772
외상성특정뇌출혈진단비 ····· 188
외상성특정장기손상진단비 ····· 189
원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도) ····· 1059
유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(상급종합병원)(감액없음) ····· 822
유사암 주요치료(연간2,3,4회이상) 생활비(종합병원)(감액없음) ····· 752

유사암 주요치료비Ⅱ(종합병원, 각 연간1회한) ····· 712
유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 788
유사암 주요치료비Plus(상급종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 780
유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 제외형)(감액없음) ····· 721
유사암 주요치료비Plus(종합병원)(항암호르몬약물치료 포함형)(감액없음) ····· 686
유사암 주요치료생활비(상급종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 853
유사암 주요치료생활비(종합병원, 연간 최초1회한)(감액없음) ····· 601
유사암수술비 ····· 483
유사암진단비(감액없음) ····· 261
응급실내원비(1급, 2급) ····· 994
응급실내원비(응급) ····· 993
의료사고법률비용 ····· 1058
의무부가 관련 일반조항 ····· 144
이륜자동차 운전중 상해 부담보 ····· 1154
일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 346
일반상해50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 180
일반상해80%이상후유장해 ····· 176
일반상해80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 156
일반상해사망 추가 ····· 176
일반상해사망 ····· 140
일반상해후유장해(20~100%) ····· 139
일반상해후유장해(3~100%) ····· 138

(ㅈ)
자녀보험료납입면제대상보장(11대) ····· 144
자전거탑승중상해80%이상후유장해 ····· 163
자전거탑승중상해후유장해(3~79%) ····· 203
장애인전용보험전환 ····· 1161
재진단암진단비 ····· 312
전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 484
전이암 및 특정암Ⅱ진단비(감액없음) ····· 484
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 814
전이암Ⅱ 주요치료비Plus(종합병원)(감액없음) ····· 690
전이암Ⅱ비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 622
전이암Ⅱ수술비 ····· 607
전이암Ⅱ요양병원입원일당(1일이상90일한도) ····· 611
전이암Ⅱ직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도) ····· 609
전이암Ⅱ표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 616
전이암Ⅱ항암방사선치료비 ····· 613
전이암Ⅱ항암약물치료비 ····· 614
전이암진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 484
전이암진단비(감액없음) ····· 484
전자서명 ····· 1161
조혈모세포이식수술비 ····· 285
종합병원 상해입원일당(1일이상) ····· 177
종합병원 질병입원일당(1일이상)Q ····· 295
종합병원상해입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도) ····· 211
종합병원질병입원일당(2-3인실, 1일이상30일한도)Q ····· 632
주요폐질환진단비(연간1회한) ····· 771
주요폐질환진단비(최초1회한) ····· 770
중대한재생불량성빈혈진단비 ····· 286
중대한특정상해수술비 ····· 189
중대한화상및부식진단비 ····· 173
중이·호흡계·흉곽내기관양성종양진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 466
중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 999
중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 999
중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 220
중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 220
중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 519

중증질환자 암(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음) ····· 519
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 1001
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 1001
중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 1003
중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(감액없음) ····· 1003
중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 525
중증질환자(유사암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 525
중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음) ····· 528
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장 (최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 522
중증질환자(특정소액암) 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 522
중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 222
중증화상환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 222
질병 관련 일반조항 ····· 258
질병1~5종수술비Ⅱ(매회지급) ····· 297
질병1~5종수술비Ⅱ(상급종합병원, 매회지급) ····· 639
질병50%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 311
질병80%이상후유장해 ····· 307
질병80%이상후유장해생활지원금(20년매년지급형) ····· 291
질병사망 ····· 298
질병수술비(백내장 및 대장용종내시경절제 제외)(매회지급) ····· 452
질병수술비(백내장제외) ····· 293
질병수술비(백내장제외)Q ····· 414
질병수술비(상급종합병원) ····· 637
질병수술비(종합병원) ····· 635
질병수술비(특정7대질병 제외)(매회지급) ····· 501
질병수술비 ····· 292
질병수술비Q ····· 412
질병수술입원일당(20일한도) ····· 319
질병수술입원일당(20일한도)Q ····· 421
질병악안면수술비(급여, 연간1회한) ····· 488
질병입원일당(1일이상 10일한도)Q ····· 349
질병입원일당(1일이상 20일한도)Q ····· 350
질병입원일당(1일이상)Q ····· 284
질병입원일당(요양/정신/한방병원, 1일이상180일한도)Q ····· 555
질병입원일당(요양/정신/한방병원제외, 1일이상365일한도)Q ····· 553
질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간15회한) ····· 570
질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간30회한) ····· 572
질병재활치료비Ⅱ(급여, 1일1회한, 연간60회한) ····· 573
질병중환자실입원일당(1일이상)Q ····· 301
질병통합치료비(고급형) ····· 842
질병통합치료비(기본형) ····· 834
질병통합치료비(실속형) ····· 827
질병후유장해(3~100%) ····· 348

(ㅊ)
창상봉합술 치료비(안면/경부 외)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ····· 227
창상봉합술 치료비(안면/경부)(1일1회한, 연간3회한, 급여) ····· 226
천식지속상태(급성중증천식)진단비 ····· 425
추간판장애 및 관절증(엉덩, 무릎)(이차성및상세불명제외)수술비 ····· 992
출생전 자녀가입 ····· 1152
충수염(맹장염)수술비 ····· 278
치아 관련 일반조항 ····· 1064

(ㅋ)
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 493

(ㅌ)
탈구염좌및과긴장입원일당(4일이상) ····· 167
통합 뇌질병진단비(감액없음) ····· 532
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(감액없음) ····· 583
통합암진단비Ⅱ(전이암포함)(유사암제외)(감액없음) ····· 587
통합전이암진단비(감액없음) ····· 592
특별조건부(표준하체 인수) ····· 1163

특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 ····· 1156
특정 양성종양 수술비(68대, 기타 경증질환 포함)(최초1회한)(감액없음) 641
특정바이러스질환진단비(감액없음) ····· 318
특정법정감염병진단비 ····· 280
특정순환계질환 항응고제치료비(와파린/NOAC)(급여, 180일이상 처방, 최초1회한)【갱신계약】 ····· 460
특정암Ⅱ진단비(감액없음)【갱신계약】 ····· 486
특정암Ⅱ진단비(감액없음) ····· 486
특정희귀난치성질환수술비 ····· 327
특정희귀난치성질환입원일당(1일이상) ····· 328
팔및손가락후유장해 ····· 162

(ㅍ)
패혈증진단비(연간1회한) ····· 769
패혈증진단비(최초1회한) ····· 769
폐렴진단비(연간1회한) ····· 768
폐렴진단비(최초1회한) ····· 766
표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 433
표적항암방사선치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 433
표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 433
표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(감액없음) ····· 433
표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음) ····· 435
표적항암방사선치료비(항암양성자방사선)(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 435
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 389
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 389

(ㅎ)
항암방사선약물치료비(감액없음) ····· 574
항암방사선치료비(감액없음) ····· 336
항암방사선치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외) ····· 642
항암방사선치료비(남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암)(감액없음) ····· 533
항암방사선치료비(여성생식기관련(자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암)(감액없음) ····· 535
항암약물치료비(감액없음) ····· 338
항암약물치료비(급여 및 비급여)(기타피부암 및 갑상선암 제외) ····· 508
항암중입자방사선치료비(최초1회한)(감액없음) ····· 604
허혈성심장질환수술비 ····· 331
허혈성심장질환진단비(감액없음) ····· 310
허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30일한도) ····· 546
허혈성심장질환통원일당(연간30일한도) ····· 543
허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30일한도) ····· 544
호흡기관련질병수술비 ····· 283
화상수술비Q ····· 171
화상진단비 ····· 171
후각특정질환수술비 ····· 340
희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음)【갱신계약】 ····· 997
희귀질환자 산정특례대상보장(최초1회한)(감액없음) ····· 997

(기타)
10대고액치료비암진단비(감액없음) ····· 271
116대질병수술비(감액없음) ····· 357
116대질병수술비Ⅰ(감액없음) ····· 357
116대질병수술비Ⅱ(감액없음) ····· 359
116대질병수술비Ⅲ(감액없음) ····· 360
116대질병수술비Ⅳ(감액없음) ····· 362
116대질병수술비Ⅴ(감액없음) ····· 364
116대질병수술비Ⅵ(감액없음) ····· 365
12대소화계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 426
2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(상급종합병원)(감액없음) ····· 672
2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한) ····· 511
2대질병(뇌,허혈심장) 주요치료비Plus(감액없음) ····· 667
2대질병(뇌, 심장) 치료비지원 ····· 655

2대중추신경계특정질환진단비(최초1회한)(감액없음) ····· 465
3대(간,폐,신장)질환 주요치료비 ····· 858
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비 ····· 1016
3대(간,폐,신장) 장기이식수술비【갱신계약】 ····· 1016
4대Care 관련 일반조항 ····· 1020
4대기관특정질환입원일당(1일이상) ····· 343
4대기관특정질환입원일당(선천질환포함)(1일이상) ····· 344
5대골절수술비Q ····· 170
5대골절진단비 ····· 168
5대장기이식수술비 ····· 988
6대기관 양성종양 및 용종수술비(급여, 연간1회한) ····· 388

장기26-25286-1-01

KB손해보험

서울특별시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩(역삼동) | 고객콜센터 1544-0115